ESTIMATES

Health Canada

Performance Report

For the period ending
March 31, 2005

Canada

The Estimates Documents

Each year, the government prepares Estimates in support of its request to Parliament for authority to spend public monies. This request is formalized through the tabling of appropriation bills in Parliament.

The Estimates of the Government of Canada are structured in several parts. Beginning with an overview of total government spending in Part I, the documents become increasingly more specific. Part II outlines spending according to departments, agencies and programs and contains the proposed wording of the conditions governing spending which Parliament will be asked to approve.

The *Report on Plans and Priorities* provides additional detail on each department and its programs primarily in terms of more strategically oriented planning and results information with a focus on outcomes.

The *Departmental Performance Report* provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the spring *Report on Plans and Priorities*.

The Estimates, along with the Minister of Finance's Budget, reflect the government's annual budget planning and resource allocation priorities. In combination with the subsequent reporting of financial results in the Public Accounts and of accomplishments achieved in Departmental Performance Reports, this material helps Parliament hold the government to account for the allocation and management of funds.

©Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by
the Minister of Public Works and Government Services Canada — 2005

Catalogue No. BT31-4/42-2005
ISBN 0-660-62898-8

This document is available on the TBS Web site at www.tbs-sct.gc.ca
This document is available in alternate formats on request.

Available in Canada through your local bookseller or by mail from
Canadian Government Publishing — PWGSC
Ottawa, Canada K1A 0S9

Telephone: (613) 941-5995
Fax: (613) 954-5779 or 1-800-565-7757 (Canada and U.S.A.)
Orders only: 1-800-635-7943 (Canada and U.S.A.)
Internet: http://publications.gc.ca

Foreword

The Government of Canada has made continuous improvement in its management practices a priority since *Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada* was tabled in Parliament in the spring of 2000. Driving the government's pursuit of management excellence is its vision to provide Canadians with a responsive government, which serves citizens and manages itself as a unified, coherent enterprise; an innovative government supported by a highly-qualified public service equipped to leverage information and make the best use of public funds while balancing risk; and an accountable government which answers clearly and openly for its performance to Parliament and to Canadians.

Departmental performance reports play a key role in the cycle of planning, monitoring, evaluating, and reporting results to Parliament and citizens. They are at the heart of accountability in government.

Departments and agencies are encouraged to prepare their reports following principles for effective public reporting (provided in the *Guide for the Preparation of the 2004-05 Departmental Performance Reports*: http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/guidelines/guide_e.asp). Based on these principles, an effective report provides a coherent and balanced picture of performance that is brief and to the point. It focuses on outcomes (benefits to Canadians and Canadian society) and describes the contribution the organisation has made toward those outcomes. It sets performance in context, associates performance with earlier commitments, explains any changes, and discusses risks and challenges faced by the organisation in delivering on these commitments. Achievements realised in partnership with other governmental and non-governmental organisations are also discussed. Supporting the need for responsible spending, it links resources to results. Finally, the report is credible because it substantiates the performance information with appropriate methodologies and relevant data.

This departmental performance report (along with those of many other organizations) is accessible from the Treasury Board of Canada Secretariat Internet site: http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp. Readers wishing a high level, whole of government overview of the Government of Canada's efforts to improve quality of life should refer to *Canada's Performance 2005* available at the same internet address. This report is structured around three broad policy areas (Sustainable Economy, Canada's Social Foundations and Canada's Place in the World) and, in its electronic version, links to relevant Departmental Performance Reports. *Canada's Performance 2005* also contains a special overview of the government's efforts to improve the well-being of Aboriginal peoples.

The Government of Canada is committed to continually improving reporting to Parliament and Canadians. The input of readers can do much to ensure that Departmental Performance Reports and other reports are enhanced over time.

Comments or questions can be directed to:

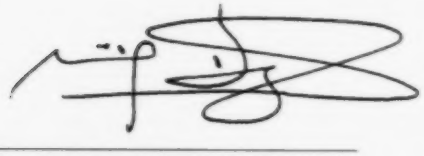
Results-based Management Directorate
Treasury Board of Canada Secretariat
L'Esplanade Laurier, Ottawa, Ontario K1A OR5
OR at: rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

106-00784/

Health Canada

Departmental Performance Report

For the period ending
March 31, 2005



The Honourable Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Table of Contents

SECTION I: OVERVIEW

Minister's Message 2
Management Representation Statement 4
Summary Information 5
About Health Canada 5
Our Vision 5
Mission Statement 5
Objectives 5
Achieving Results in a Complex Health Environment 6
Contributing to Canada's Performance 8
Improving Performance Measurement 8
Reliability of Performance Data 8
Overall Departmental Performance 10
Key Departmental Priorities and Performance 10
Summary of Performance in Relation to Departmental Strategic Outcomes, Priorities and Commitments 14

SECTION II: ANALYSIS OF PERFORMANCE BY STRATEGIC OUTCOME

Access to Quality Health Services for Canadians 22
Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services 33
Safe Health Products and Food for Canadians 47
Healthier Environments and Safer Products for Canadians 66
Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians 83
Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making 89
Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs 95

SECTION III: SUPPLEMENTARY INFORMATION

Organizational Chart 108
Crosswalk between Business Lines and Program Activities
Main Estimates 2005–2006 109
Financial Table 1: Comparison of Planned to Actual Spending (incl. FTEs) 110
Financial Table 2: Use of Resources by Business Lines 111
Financial Table 3: Voted and Statutory Items 112
Financial Table 4: Net Cost of Department 112
Financial Table 5: Contingent Liabilities 112
Financial Table 6: Sources of Respendable and Non-Respendable
Revenue 113
Financial Table 7: Resource Requirements by Branch 114
Financial Table 8A: User Fees Act 116
Financial Table 8B: Policy on Service Standards for External Fees 121
Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives 124
Financial Table 10: Details on Project Spending 132
Financial Table 11A: Summary of Transfer Payments by Program/
Business Line 133
Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments
Programs (TPPs) 134
Financial Table 12: Conditional Grants (Foundations) 144
Financial Table 13: Response to Parliamentary Committees, Audits and
Evaluations 149
Financial Table 14: Sustainable Development Strategy Commitments 151
Financial Table 15: Procurement and Contracting 155
Financial Table 16: Service Improvement Initiative 156
Financial Table 17: Horizontal Initiatives 160
Financial Table 18: Travel Policies 162

SECTION IV: OTHER ITEMS OF INTEREST

Advancing Science 164
Improving Management Practices 166
A Health Approach to Sustainable Development 168
First Nations Health — Follow-Up in Response to the Public Accounts
Committee 2001 169

SECTION V: OTHER INFORMATION

Departmental Contacts 172
Index 173

Section I

Overview

Minister's Message

Every day we are reminded that health issues are a top priority for Canadians. To meet the many challenges and responsibilities associated with this priority, it is essential that this Department and Government continually invest in effective health policies and programs that improve the lives of all Canadians.

At the heart of our responsibilities is our role in promoting and protecting the health of Canadians. This Departmental Performance Report illustrates how we listened to concerns, responded, and worked with many partners to deliver results in a number of specific areas.

I am proud of our many accomplishments in 2004–2005. Among the most notable achievements was the 10-Year Plan to Strengthen Health Care which First Ministers agreed upon in September 2004. That Plan, supported by federal funding of $41 billion to the provinces and territories, is already generating the results that Canadians expect, including progress on initiatives to reduce wait times and to increase the numbers of doctors, nurses and other health professionals, as well as enhancements in other key areas such as primary health care and pharmaceuticals management.

In September 2004, the First Ministers also reached an agreement with Aboriginal leaders to develop a Blueprint to improve the health of Aboriginal peoples. This cooperative approach and federal investment of $700 million over five years demonstrate a commitment to work with all jurisdictions and Aboriginal communities to improve life chances and close the gap in health status between Aboriginal peoples and other Canadians. Working in conjunction with these communities, Health Canada continued to target the health promotion and disease prevention needs of First Nations and Inuit through a broad range of services and community programs. The Department also improved health facilities in a number of First Nations communities and funded the creation of nursing positions to better meet health needs. Initiatives such as these continue to be key components to the overall goal of improved access to health services for First Nations and Inuit.

In 2004–2005, significant progress was made in regulatory efficiency, effectiveness, and responsiveness by improving drug submission review times and facilitating access to new medicines. We responded to Canadians' concerns and strengthened public trust and stakeholder relationships by seeking public input concerning certain drugs, such as COX-2 inhibitors, and by committing to establish a permanent Safety Board to advise us on an ongoing basis.

In terms of nutrition, the revision of *Canada's Food Guide to Healthy Eating* will ensure that the Department continues to provide information on a pattern of eating

that promotes health and minimizes the risk of nutrition-related chronic disease. The Guide was the most visited page on our Web site, a clear signal that our efforts to encourage Canadians to take control of their health are working.

In 2004–2005, following the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) crisis, Health Canada oversaw the transition of our Population and Public Health Branch into the new Public Health Agency of Canada. This development ensures strong direction with the support of legislative authority in the protection and promotion of public health and the prevention of injury.

We also continued our positive work on decreasing tobacco use by developing and implementing a national coordinated approach to tobacco cessation, and Canada was one of the first countries to ratify the Framework Convention on Tobacco Control, the first international health treaty adopted by the World Health Assembly.

Health Canada also made substantial progress in our ongoing pursuit of improvements in environmental health. The Department developed a National Air Quality Index that is now ready to be piloted, worked to reduce risks to child health from lead content in children's jewellery, and strengthened regulations on cosmetic ingredient labelling. And thanks to our efforts in 2004–2005, Canadians now have better access to safer pesticides that are regulated by a more effective and transparent process.

Our Department recognizes that all sectors of Canadian society are subject to the harms that can result from problematic use of alcohol, other drugs and substances. Therefore, we committed to spearheading the development of a National Framework for Action to reduce the harms associated with alcohol and drugs and substances. All sectors, including provincial, territorial and municipal governments and agencies, non-governmental organizations, and many others are coming together to develop and implement this Framework.

One of the most important missions for this Department, and for the Government of Canada, has been the ongoing strengthening of our accountability, openness and transparency. Canadians need to have confidence that their governments are not just investing in health, but investing effectively. Indicators of the health of Canadians have been established as measurement tools to monitor, evaluate and improve health services. Overall, we continue to ensure good management and value for money invested.

During 2004–2005, Health Canada and the Government of Canada continued to work to maintain and improve the health of Canadians—to deliver results that make a difference in their lives. The scientific activities undertaken at Health Canada, and by our partners across the national health research system, have played an important role in the accomplishments outlined in this Report and in contributing to improved health for Canadians. We are proud to have honoured the commitment to renew and revitalize the health care system. Moreover, our accomplishments over the past year attest that we are taking the right steps to ensure that Canadians will remain among the healthiest people in the world.

While this Departmental Performance Report is focused on Health Canada's performance, we recognize that "health is everybody's business." As such, our achievements are also the result of collaboration with provincial and territorial governments, First Nations and Inuit communities, and our many stakeholders: non-governmental organizations, health care providers, the medical industry, and other sectors and organizations —and of the effort and passion of Health Canada's own employees.

Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Health Canada Santé Canada

Management Representation Statement

I submit for tabling in Parliament, the 2004–2005 Departmental Performance Report (DPR) for Health Canada.

This document has been prepared based on the reporting principles contained in the Treasury Board of Canada Secretariat's Guide for the preparation of 2004–2005 Departmental Performance Reports. It adheres to the specific reporting requirements:

- uses an approved Business Lines structure;
- presents consistent, comprehensive, balanced and accurate information;
- provides a basis of accountability for the results pursued or achieved with the resources and authorities entrusted to it; and
- reports finances based on approved numbers from the Estimates and the Public Accounts of Canada.

Morris Rosenberg
Deputy Minister

Summary Information

About Health Canada

The Canadian health system is one of our most cherished institutions, and is an embodiment of our national character and our values as a people. As such, there is no more important challenge or responsibility for this Government, and for the country as a whole, than meeting the health needs and expectations of its people.

The fact that health is a paramount priority is recognized by Parliament and the Government of Canada, and accordingly, Health Canada is mandated to address the health agenda in this country.

The *Department of Health Act* formally establishes the Department's mandate, while the Minister of Health is also responsible for the direct administration of another 18 laws, which to mention a few, include the *Canada Health Act*, the *Food and Drugs Act*, the *Pest Control Products Act*, the *Tobacco Control Act*, the *Hazardous Products Act*, and the *Controlled Drugs and Substances Act*. In addition to these legislated responsibilities, the Department has significant science and research, policy development, and program and service delivery roles that benefit Canadians.

Our Vision

As the federal department responsible for helping the people of Canada maintain and improve their health, Health Canada is committed to improving the lives of all of Canada's people and to making this country's population among the healthiest in the world as measured by longevity, lifestyle and effective use of the public health care system.

Mission Statement

To help the people of Canada maintain and improve their health.

Objectives

By working with others in a manner that fosters the trust of Canadians, Health Canada strives to:

- prevent and reduce risks to individual health and the overall environment;
- promote healthier lifestyles;
- ensure high quality health services that are efficient and accessible;
- integrate renewal of the health care system with longer term plans in the areas of prevention, health promotion and protection;

- reduce health inequalities in Canadian society; and
- provide health information to help Canadians make informed decisions.

Achieving Results in a Complex Health Environment

As our Report on Plans and Priorities for 2004–2005 described in detail, Health Canada operates in a complex environment.[1] We generate knowledge through the research, analysis and evaluations that we conduct, partner in and support. We also draw on the knowledge that is being generated around the world to help us and others make informed, effective choices. The five core roles we play that achieve results, drawing on our strengths as a science-based department include the following:

Leader/Partner—through the administration of the *Canada Health Act*, which embodies the key values and principles of Medicare. By its role as champion, Health Canada provides leadership, by example, for other federal departments in the implementing a Gender-Based Analysis policy as a reflection of the federal government's commitment to reducing health inequalities for all people living in Canada.

Funder—through policy support for the federal government's Canada Health Transfer. Health Canada also transfers funds to First Nations and Inuit organizations to help them deliver community health services and provides grants and contributions to various organizations which reinforce the Department's health objectives.

Guardian/Regulator—through a stewardship role that involves both protecting Canadians and facilitating the provision of products vital to health and well-being. Our Department regulates and approves the use of thousands of products, including pesticides, toxic substances, pharmaceuticals, biologics, medical devices, natural health products, consumer goods and foods. We deliver a range of programs and services in environmental health and protection, and have responsibilities in the areas of substance abuse, tobacco policy, workplace health and the safe use of consumer products.

Service Provider—through the provision of supplementary health benefits to approximately 765,000 eligible First Nations and Inuit people to cover pharmaceuticals, dental services, vision services, medical transportation, medical supplies and equipment and provincial health premiums. We provide health programs and services to First Nations and Inuit communities, including prevention, promotion, and primary care, as well as addiction services.

Information Provider—through performing high-quality science and research, we support policy development, regulate increasingly sophisticated products and provide the services, information and management essential to affordable and world-class health care for Canadians. Through research and surveillance, we provide information that Canadians can use to maintain and improve their health.

Canadians increasingly recognize that their health and quality of life are determined by environmental, social and economic factors. Health Canada is committed to helping create and maintain healthy social and physical environments and to promote a vigorous economy for all Canadians. This is achieved by integrating sustainable development into departmental decision-making, management processes and physical operations.

Health Canada analyzes the health issues facing Canada and specific groups of Canadians by applying gender and diversity lenses, and identifies the most appropriate opportunities to achieve results or to support other partners in doing so. In choosing the most appropriate roles to action, we recognize that the health status of Canadians is the result of many factors and determinants. Many of these are beyond the scope or mandate of Health Canada or any government, with others representing areas where this Department can make a difference.

To get results, we work with partners in all levels of government, throughout the health system, among specific groups such as First Nations and Inuit, across Canadian society and internationally to achieve shared commitments and results. In many cases, these partners

[1] http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20042005/HLTH-SANT/HLTH-SANTr45_e.asp

include other agencies within the Government of Canada Health Portfolio, each of which has its own Performance Report:

- Canadian Institutes of Health Research;
- Hazardous Materials Information Review Commission;
- Patented Medicine Prices Review Board; and
- new Public Health Agency of Canada, which was created in September 2004.

As the accompanying map shows, our Department achieves results through efforts and partnerships across a range of departmental branches, each of which has specific mandates. Roughly 35 percent of Health Canada employees work outside of the National Capital Region. They deliver health services and programs in First Nations and Inuit communities, manage links with provincial and territorial governments, conduct laboratory investigations, work with local health organizations, serve as a front-line service and information provider for Canadians and much more. This strong regional presence enables us to maximize the reach and effectiveness of departmental programs and resources, by matching national directions to local conditions and opportunities.

Health Canada at Work Across the Country

Note: This map indicates only where Health Canada has significant presence.
* indicates location of Health Canada's laboratories.

Health Canada at Work Across the Country

Contributing to Canada's Performance

The President of the Treasury Board Secretariat (TBS) issues an annual report to Parliament, *Canada's Performance*. As part of implementing a more strategic approach to policy-setting, program operations and resource allocation across the Government of Canada, this report analyzes the current situation and progress towards major outcomes that the Government seeks and Canadians expect. This information is drawn from linkages to the strategic outcomes that individual departments and agencies have identified in their DPRs.

Our Department specifically contributes to the achievement of three outcomes identified in *Canada's Performance*: Healthy Canadians with Access to Quality Health Care; Improved Health of Aboriginal People; and Inclusive Society that Promotes Linguistic Duality and Diversity.

Improving Performance Measurement

Health Canada is committed to creating and using a performance management system that enables us to focus our resources to maximize the health benefits for Canadians. Given the importance that Canadians attach to effective and meaningful government actions in support of health, our performance measurement system is an important element of Government-wide initiatives such as Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada.[2]

Following the 2003 TBS announcement of new government initiatives to strengthen comptrollership across the federal government (http://www.tbs-sct.gc.ca/spsm-rgsp/spsm-rgsp3_e.asp), we revised our performance management efforts accordingly. Among the new initiatives was a stronger oversight function for the TBS, including a new "enterprise-wide" expenditure management information system (EMIS) with, at its core, a new Program Activity Architecture (PAA) for each department and agency. Each PAA is expected to support the Management Accountability Framework (MAF) for the department or agency by linking programs to results and financial and non-financial information (http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/tools_outils/paa-deck_e.asp).

During 2004–2005, we began to seek data pertaining to the performance indicators for each departmental strategic outcome. We saw these performance indicators as the best way to focus attention on and help monitor important outcomes. To the extent possible, we have begun to integrate these indicators into this Report. Over the next few years, we expect the information to be refined to improve on its usefulness as part of Health Canada's continuous learning and improvement approach.

This new direction has meant important changes in our design of Health Canada's performance management framework. While our approach was initially oriented to managing based on department-level outcomes, the PAA initiative has both "bottom-up" and "top-down" elements.

The PAA exercise has been advancing in accordance with TBS requirements. We are continuing to develop appropriate indicators to define and measure our results for future years. We expect to report on the PAA approach starting in 2005–2006.

Reliability of Performance Data

Many data sources were used in the preparation of this Report. Charts in Section II were produced using databases and population health surveys from Statistics Canada and internal data sources.

Statistics Canada — Population Surveys

Population surveys are frequently used by Health Canada in measuring the health of Canadians. Health Canada either funds or subscribes to many population health surveys conducted by Statistics Canada. Surveys which were used for indicators contained within this Report include the Canadian Alcohol and Other Drugs Survey, Canadian Community Health Survey, and Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, among others.

Population health surveys are used to estimate certain key performance indicators. All data which have come from a population health survey conducted by Statistics Canada and are used in this Report have variability which falls within Statistics Canada guidelines for reporting of data.

[2] http://www.tbs-sct.gc.ca/res_can/rc_e.asp

A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada

Data on the First Nations and Inuit population come from the above noted report, published by Health Canada in 2003. This report presents a description of the health status and conditions of First Nations people on reserves in Canada. Limitations on the data used in preparing the report are described in greater detail at: http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/gen/2003_stat_profil/index_e.html

Internal Data Sources

Data from several internal sources were used in preparing this Report, including various evaluations and Branch databases. Reliability is constrained by issues such as differences in definitions and gaps in some data.

Overall Departmental Performance

Key Departmental Priorities and Performance

For 2004–2005 and beyond, Health Canada established four medium-term corporate priorities that continue to reflect the Department's vision, mission, mandate and jurisdiction. They contribute to the achievement of Government-wide priorities as set out in recent Speeches from the Throne and through First Ministers' Agreements. In addition, they demonstrate the Government's commitment to action on the health issues affecting Canadians and to achieving results effectively. They also illustrate the Government's commitment to demonstrating accountability for public resources.

These priorities were designed to focus key issues, important health challenges and the Government of Canada's agenda into departmental action. They combine to help achieve the Government-wide outcomes that are set out in *Canada's Performance*: Healthy Canadians with Access to Quality Health Care; Improved Health of Aboriginal People; and Inclusive Society that Promotes Linguistic Duality and Diversity.

These priorities, which are reflected across all departmental strategic outcomes, and were described in detail in the Report on Plans and Priorities (RPP) for 2004–2005, were:

- to improve the quality of life of Canadians;
- to reduce risks to the health of Canadians;
- to maintain confidence in a publicly-funded health care system; and
- to improve accountability to Canadians.

In this Report, we have continued to align our priorities and reporting with our traditional strategic outcomes and business lines, as will be the case until we finalize our new Program Activity Architecture (PAA).

During the year, our operating environment was largely as we anticipated in our RPP. Canadians continued to place a great deal of importance and attention on the health system. All governments responded to this responsibility, with strong leadership by the Government of Canada, through actions such as the 10-Year Plan to Strengthen Health Care and commitments to improve First Nations and Inuit health. The Department acted on the Government of Canada's decision to create the new Public Health Agency of Canada, and worked to establish the initial authorities for the new Agency during its transition from the former Population and Public Health Branch of Health Canada.

These actions added to other strategies already under way by the Department, such as: improving how federal departments and agencies carry out their regulatory responsibilities; ensuring a strong role for science in Health Canada decision-making; and broadly committing to increase and clarify accountability both in departmental

operations and in the definition and reporting of our results.

Health Canada has contributed to another Government-wide initiative and commitment through the Agenda for Gender Equality, which ensures that policies, programs and services reflect the specific needs and interests of women. The Department has moved forward on its Gender-Based Analysis implementation strategy, through training, and tool and resource development, and has increased its capacity to develop targeted policies and programs on emerging health issues, such as Aboriginal women's health and home care.

To Improve the Quality of Life of Canadians

While Canadians are among the healthiest people in the world by most indicators, the mandate to maintain and improve their quality of life has focused Health Canada's ongoing and expanded actions to protect and promote health and to address specific challenges. During 2004–2005, we strengthened our continuing efforts to support improved health outcomes among First Nations and Inuit people. The Department was able to draw on the enhanced resources for First Nations and Inuit health programs provided through Budget 2003. These are described in detail under the strategic outcome: Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services. They included additional funding for the Non-Insured Health Benefits program; capital reinvestment to improve health facilities; an immunization strategy for First Nations children on-reserve; a comprehensive Nursing Strategy; and pilot programs to improve the integration of services with those of the provinces and territories. We also began to move forward on the commitments in the February 2004 Speech from the Throne by expanding our actions in support of early childhood services and safer drinking water in First Nations and Inuit communities. During 2004–2005, capacity building continued in First Nations communities to monitor their drinking water quality and to detect potential problems was facilitated through the Community-Based Water Monitor program. A total of 492 community sites had trained community-based water monitors in 2004–2005.

Another major element of our work during 2004–2005 was our modernization of the regulatory regime designed to minimize risks and generate benefits to Canadians from foods, pharmaceuticals, and natural health, consumer and pest management products. For example, we continued to implement our Therapeutics Access Strategy, through which we improved the timeliness, transparency and predictability of our reviews of therapeutic products seeking access to the Canadian market, as well as strengthening Health Canada's oversight of the safety of products on the market and the transparency and openness of the regulatory process. Part of our approach included increased work with regulators in other countries. We also expanded our surveillance of products already on the market and made significant amendments in areas such as cosmetics and tobacco labelling. Both were contributions to the Government-wide commitment to smart regulation. Further, we continued to follow through on our Minister's commitment to enhance the openness and transparency of departmental decision-making, and to encourage engagement by the public, particularly with respect to the regulatory regime for drugs and other therapeutic products. These activities are described in detail under the strategic outcomes: Safe Health Products and Food for Canadians and Healthier Environments and Safer Products for Canadians.

A similar contribution was made by our preparations for the expected coming into force of the new *Pest Control Products Act*. We issued three proposed regulations for public comment as part of these preparations. We also worked with other countries to harmonize regulatory processes and continued to review older pest control products against current risk assessment methods and scientific data as part of a larger effort to minimize risks to Canadians and the environment. These activities are described in detail under the strategic outcome: Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians.

To Reduce the Risks to the Health of Canadians

This corporate priority included some aspects of the responsibilities noted under the previous priority. However, it was largely oriented t Health Canada's public health mandate and activities. Through a combination of health promotion and protection activities, the Department made progress on this priority.

Canadians, health professionals and educators are becoming more knowledgeable and sophisticated about managin· ·ealth and are seeking more information to m· ecisions and healthy choices. This includes information such as *Canada's Food Guide to Healthy Eating* that promotes a pattern of eating that meets nutritional needs and minimizes the risk of nutrition-related chronic disease such as Type II diabetes. Obesity, which has gained prevalence in Canada over the past 25 years, is an important factor that puts people at a greater risk for developing such diseases. Thus, in 2004–2005, in addition to providing such valuable information, the Department also established a multi-stakeholder task force to investigate and make recommendations to significantly reduce trans fats in the diet of Canadians. We also committed to implementing Nutrition Labelling Regulations which require that trans fats be listed on the labels of most pre-packaged foods by December 12, 2005.

The Department also continued to identify and assess health and safety risks of health products and alerted the public to any associated problems. It enhanced its surveillance capacity for drugs and other therapeutic products in real world use, and increased awareness of adverse reaction reporting and risk communication through newsletters and advisories. We also conducted compliance and enforcement activities to ensure that health products meet high domestic and international standards for safety, quality and efficacy.

During 2004–2005, one of our major roles was to manage the transition of some activities to the new Public Health Agency of Canada to meet the commitment made in the February 2004 Speech from the Throne. In the wake of the outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in early 2004 and other public health concerns, a number of studies took place to examine how Canada could best address public health priorities and threats. Those analyses recognized that public health is about more than the prevention and control of infectious diseases but is also about broader risks to health, such as potential bioterrorism threats, chronic diseases and other preventable threats to health.[3]

In general, the reports highlighted the need for improved leadership, legislative authorities, roles and responsibilities as well as capacity and coordination within and between jurisdictions, including internationally, in public health. They identified gaps in resources, whether those included the skilled people needed to deal with public health issues or the laboratory and emergency capacity for quick action.

To follow through on the Government's commitment, Health Canada established a transition process to help us advise the Government on options for structuring the new Agency. It enabled the Department to identify and manage the many actions necessary to create the Agency and ensure an effective relationship with the Department on key policy and program issues. While this transition is expected to continue into 2005–2006, we made the quick progress necessary for the Government to announce on September 24, 2004, the creation of the Public Health Agency of Canada (http://www.phac-aspc.gc.ca/new_e.html). As part of the Agency's creation, the staff of the former Population and Public Health Branch, as well as assets and responsibilities for specific programs, including grants and contributions, were transferred to the new Agency. The Agency is reporting to Parliament on its activities throughout 2004–2005 through its own Departmental Performance Report.

To Maintain Confidence in a Publicly-funded Health Care System

Health Canada has been the focal point for collaboration with provincial and territorial governments to ensure that Canadians have timely access to quality health care on the basis of need, not ability to pay. During 2004–2005, we continued to follow through on previous commitments,

[3] See the reports of: the National Advisory Committee on SARS and Public Health (the Naylor Committee) (http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings/sars/learning.html); the Government of Ontario's Campbell Commission (http://www.sarscommission.ca/report/Interim_Report.pdf); the Walker Panel (http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/walker_panel_2003/introduction.pdf); and the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repfinnov03-e.htm).

particularly those in the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. Those actions included continued support for the Primary Health Care Transition Fund, to support front-line health care innovations, particularly by the provinces and territories. It also included support for assessment of new health technologies, actions to address health human resources priorities and new comparable indicators enabling Canadians to better assess the performance of the health care system. Work on these indicators is described under the strategic outcome: Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making.

Our work under this priority was expanded by the February 2004 Speech from the Throne's attention to wait times and the Government of Canada's commitment to work with other jurisdictions on the issue. The substantial cooperation with our provincial and territorial counterparts led to proposals that the First Ministers discussed at their meeting in September 2004. The result was the 10-Year Plan to Strengthen Health Care, an action plan to guide federal, provincial and territorial governments on health care renewal initiatives in wait times, health human resources, home care, primary health care, pharmaceuticals and other key areas. The 10-Year Plan was supported by federal investments of $41 billion over 10 years to provinces and territories, as well as Budget 2005 commitments of $200 million over five years to support health human resources and improve wait times and health performance reporting.

After agreement on the 10-Year Plan was achieved, the Department worked closely with our provincial and territorial counterparts to move forward on implementing the plan. Details on the commitments and actions in 2004–2005 on health care renewal are set out under the strategic outcome: Access to Quality Health Services for Canadians.

For example, the Department examined wait times issues in Canada and internationally to help identify potential best practices and areas for action in reaching the March 31, 2007 target for meaningful reductions in wait times in priority areas such as cancer, heart, diagnostic imaging, joint replacements, and sight restoration.

The Department helped lead the process that led to agreement on a Pan-Canadian Health Human Resources Planning Framework that is beginning to help all jurisdictions to achieve a more stable, effective health work force, including one that responds to the needs of Aboriginal communities and official language minority communities.

The First Ministers directed their Health Ministers to establish a Ministerial Task Force to develop and implement the National Pharmaceuticals Strategy and report on progress by June 30, 2006. To support this work, the Department has collaborated with our provincial and territorial partners on a series of measures that identify best practices in drug prescribing and use; harmonize how governments incorporate generic drugs into their drug benefit programs and review non-patented drug pricing in Canada; and that will strengthen real world safety and effectiveness of drugs.

In many other areas such as home and continuing care and palliative and end-of-life care, the Department carried out the policy and knowledge development work that is providing a base for the provinces, territories and other partners to draw on for health care renewal.

To Improve Accountability to Canadians

The Government of Canada has made improved accountability to Canadians a priority for all its departments and agencies and a consistent element of agreements such as the 10-Year Plan. This commitment took many forms in our Department during 2004–2005, with many of the actions described in detail under the strategic outcome: Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs.

Building on progress in implementing its vision of a modern organization, as established in the Modern Management Strategy developed under the Modern Comptrollership Initiative, the Department has continued to integrate the principles of modern comptrollership into management processes and systems.

In support of the Department's efforts to promote sound management practices, the Management Accountability Framework (MAF), introduced by TBS, is utilized as a guide to assess management practices and identify further areas of improvement. The Department firmly supports and nurtures a modern management

culture by encouraging management excellence within its operating environment.

This included a range of actions to improve accountability and strengthen stewardship throughout Health Canada. Many of these actions addressed human resources and workplace needs, including emphasizing and communicating the Department's commitment to high ethical standards. We reinforced our internal audit and special investigations functions, as well as introducing a new Financial Management and Control Framework. This was matched by a new Contract Management Control Framework and Action Plan to improve the way we manage our contracts. This is complemented by our Departmental Grants and Contributions Management Framework which was launched in 2002 and as well the recent launch in 2004 of the Grants and Contributions Portal/Web site, to improve the management of our grants and contributions programs.

To help strengthen accountability at all levels, we are defining appropriate performance measures and are building the new PAA. In many cases, these initiatives are being complemented by our commitments to report to Canadians using comparable indicators and through ensuring that accountability measures are a central component of our agreements with organizations that receive grants and contributions.

Summary of Performance in Relation to Departmental Strategic Outcomes, Priorities and Commitments

DEPARTMENTAL SPENDING		
Total Financial Resources (millions of dollars)		
Planned[1]	**Authorities**	**Actual**
$3,307.5	$2,883.3	$2,816.6
Total Human Resources (full-time equivalents)		
Planned[1]	**Actual**	**Difference**
9,133	8,026	1,107

[1] *The Planned figures include the Public Health Agency of Canada (PHAC) as it was not formed until September 24, 2004. Comparative Authorities and Actuals can be found in PHAC's 2004-2005 Departmental Performance Report (http://publiservice.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_e.asp).*

As shown by the following tables, the Department acted upon the four corporate priorities in support of progress towards the achievement of the seven strategic outcomes.

1. Access to Quality Health Services for Canadians;
2. Healthier First Nations and Inuit Through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services;
3. Safe Health Products and Food for Canadians;
4. Healthier Environments and Safer Products for Canadians;
5. Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians;
6. Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making; and
7. Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs.

1 STRATEGIC OUTCOME:

Access to Quality Health Services for Canadians

TOTAL PLANNED SPENDING[1] ($M): 378.4		TOTAL ACTUAL SPENDING[1] ($M): 356.4
2004–2005 Priorities/Commitments	**Type**	**Results Achieved[2]**
Work in partnership with provinces and territories to improve access to quality health care services for all Canadians and to ensure the system's future sustainability	Ongoing	Supported the Government and First Ministers in developing the 10-Year Plan to Strengthen Health Care and implementing actions such as first steps to reducing wait times. Continued to address implementation of previous First Ministers' health care commitments (e.g. access to home and community care, pharmaceutical issues, health human resources and use of new technologies).
Meeting ongoing obligations of the *Canada Health Act* (CHA)	Ongoing	Continued work with provinces and territories to resolve *Canada Health Act* issues through consultation, collaboration and cooperation. The CHA Dispute Avoidance and Resolution process was formalized in the 10-Year Plan to Strengthen Health Care. Compliance issues are reported each year in the *Canada Health Act* Annual Report.
Design 21st century national policy approaches to emerging issues, particularly genetics (e.g. socio-demographic and ethical implications)	New	Health Canada has been working both domestically and internationally on policy approaches to a wide range of emerging issues, most notably human genetics, research involving human biological materials and nanotechnology. These areas have great potential to deliver new ways to prevent, diagnose, and treat health disorders, but also present policy, ethical and regulatory challenges that must be addressed so that health system sustainability, patient safety and public confidence are maintained.
Activities related to regulatory reform and legislative issues	Ongoing	Worked toward the modernization of health protection and safety regulatory systems and legislative initiatives. Continued collaboration with Industry Canada to build modern intellectual property frameworks.
International collaboration	Ongoing	Continued to develop and maintain bilateral and multilateral relationships with key international organizations and countries. Continued to ensure that our Department's international policies and programs are consistent and coherent with Government-wide policies as well as Canada's foreign policy positions.

[1] *Resource amounts have been provided at the Strategic Outcome level and not the Priorities/Commitments level since a mechanism doesn't exist to provide the Actual Spending at the Priority level.*

[2] *In order to report on the Strategic Outcomes and accurately reflect Health Canada's results under Priorities/Commitments for 2004-2005, the heading of the column has been modified to read: Results Achieved as opposed to Expected Results and Current Status.*

2 STRATEGIC OUTCOME:

Healthier First Nations and Inuit (FNI) Through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services

TOTAL PLANNED SPENDING[1] ($M): 1,701.9		TOTAL ACTUAL SPENDING[1] ($M): 1,684.6
2004–2005 Priorities/Commitments	**Type**	**Results Achieved[2]**
Enhance health promotion and prevention programs	Ongoing	Supported the delivery of programs aimed at FNI infants and children, and to assist pregnant women, caregivers, families and communities in raising healthy children. Programs targeted maternal, infant and child health; increasing children's knowledge of language and culture; and increasing children's readiness for school.
Improve the quality, accessibility and effectiveness of health care services	Ongoing	Strategies increased the number of certified health professionals, enhanced health facilities to improve FNI access to health programs and services, supported acquiring accreditation for treatment centres and ensured FNI had access to Home and Community Care services.
Collaborate and cooperate with FNI communities, provinces and territories and service providers to modernize and adapt the health service system for FNI	Ongoing	Work continued to implement initiatives funded through the Aboriginal component of the Primary Health Care Transition Fund, such as midwife training programs, health and social services projects and telehealth, and to improve the coordination and integration of federal Aboriginal Early Childhood Development (ECD) programs.
Strengthen information and knowledge management to improve delivery of health care services and programs	Ongoing	Introduced the new Home and Community Care and Diabetes Information Systems and piloted the National Native Addictions Information Management System (NNAIMS).
Improve the management practices of Health Canada and FNI communities by implementing effective evaluation and accountability mechanisms	Ongoing	Developed new contract management tools, updated the FNI funding agreements templates, further streamlined and reduced duplication of FNI reporting requirements and strengthened management and administrative capacity in FNI contribution agreement recipients.

[1] *Resource amounts have been provided at the Strategic Outcome level and not the Priorities/Commitments level since a mechanism doesn't exist to provide the Actual Spending at the Priority level.*

[2] *In order to report on the Strategic Outcomes and accurately reflect Health Canada's results under Priorities/Commitments for 2004-2005, the heading of the column has been modified to read: Results Achieved as opposed to Expected Results and Current Status.*

3 STRATEGIC OUTCOME:

Safe Health Products and Food for Canadians

TOTAL PLANNED SPENDING[1] ($M): 183.4 2004–2005 Priorities/Commitments	Type	TOTAL ACTUAL SPENDING[1] ($M): 184.0 Results Achieved[2]
Transforming our efficiency, effectiveness and responsiveness as a regulator	Ongoing	Improved timeliness, transparency and predictability of the regulatory and health product submission processes as demonstrated by our performance on commitments, for example, the reduction in the backlog of reviews of new pharmaceutical drug submissions by 89 percent from April 2003 to March 2005.
Providing authoritative information for healthy choices and informed decisions by Canadians	Ongoing	Improved awareness and informed decisions concerning health products, food and nutrition by Canadians, such as healthy eating supported through *Canada's Food Guide to Healthy Eating* and visits to the Food Guide Web page, Health Canada's most visited page.
Increasing responsiveness to public health issues and greater vigilance of safety and therapeutic effectiveness in real world use	Ongoing	Strengthened monitoring of safety and therapeutic effectiveness and risk management for health products and food in real world use, through enhanced surveillance capacity, including a focus on adverse drug reaction reporting for children, and strengthened Canada's safeguards against Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE).
Improving transparency, openness and accountability to strengthen public trust and stakeholder relationships	Ongoing	Enhanced public involvement in health products, food and nutrition policy and program development and implementation, such as improved public involvement activities and improved public understanding of and input into decision-making processes.

[1] *Resource amounts have been provided at the Strategic Outcome level and not the Priorities/Commitments level since a mechanism doesn't exist to provide the Actual Spending at the Priority level.*

[2] *In order to report on the Strategic Outcomes and accurately reflect Health Canada's results under Priorities/Commitments for 2004–2005, the heading of the column has been modified to read: Results Achieved as opposed to Expected Results and Current Status.*

4 STRATEGIC OUTCOME:

Healthier Environments and Safer Products for Canadians

TOTAL PLANNED SPENDING[1] ($M): 235.4		TOTAL ACTUAL SPENDING[1] ($M): 211.7
2004–2005 Priorities/Commitments	**Type**	**Results Achieved[2]**
Reduce risks to health and safety, and improve protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation-emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology	Ongoing	Completed regulatory initiatives to reduce risks to health from lead exposure and lack of cosmetic ingredient labelling. A National Air Quality Index was completed. On target to meet our objectives under the *Canadian Environmental Protection Act* by 2006; the implementation of Globally Harmonized System for Labelling and Classifying Chemicals; and the Canadian Climate Change and Health Vulnerability Assessment 2007. Continue to provide inspections/assessments for the health protection of travellers, workers, and the public, as well as the National Dosimetry Services.
Reduce health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol and other controlled substances	Ongoing	Efforts were focused on the continued development and implementation of a national coordinated approach to tobacco cessation and the implementation of a renewed Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program. We have ratified the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), initiated the development of a National Framework for Action on Substance Use and Abuse, established an overall governance structure for Canada's Drug Strategy, and provided funding for innovative community-based projects through our Drug Strategy Community Initiatives Fund. Cigarette Ignition Propensity Regulations, aimed at reducing the number of deaths and harm due to cigarette-lit fires, are under development and will be completed in 2005.

[1] *Resource amounts have been provided at the Strategic Outcome level and not the Priorities/Commitments level since a mechanism doesn't exist to provide the Actual Spending at the Priority level.*

[2] *In order to report on the Strategic Outcomes and accurately reflect Health Canada's results under Priorities/Commitments for 2004–2005, the heading of the column has been modified to read: Results Achieved as opposed to Expected Results and Current Status.*

5 STRATEGIC OUTCOME:

Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians

TOTAL PLANNED SPENDING[1] ($M): 38.3		TOTAL ACTUAL SPENDING[1] ($M): 41.4
2004–2005 Priorities/Commitments	**Type**	**Results Achieved[2]**
Ensure safe and effective pest control products	Ongoing	Continued to facilitate access to safer pesticides. Expanded information to public and stakeholders. Transparency of pesticide regulation increased. Improved regulatory efficiencies and cost effectiveness.
Ensure compliance with *Pest Control Products Act*	Ongoing	Strengthened compliance with the *Pest Control Products Act* and Regulations.
Ensure sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides	Ongoing	Users informed of reduced-risk practices.

[1] *Resource amounts have been provided at the Strategic Outcome level and not the Priorities/Commitments level since a mechanism doesn't exist to provide the Actual Spending at the Priority level.*

[2] *In order to report on the Strategic Outcomes and accurately reflect Health Canada's results under Priorities/Commitments for 2004–2005, the heading of the column has been modified to read: Results Achieved as opposed to Expected Results and Current Status.*

6 STRATEGIC OUTCOME:

Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making

TOTAL PLANNED SPENDING[1] ($M): 98.7		TOTAL ACTUAL SPENDING[1] ($M): 107.3
2004–2005 Priorities/Commitments	**Type**	**Results Achieved[2]**
Accelerate the use of information and communication technologies in the health sector	Ongoing	Continued to work with partners on key policy issues related to the use of e-technology in the health sector.
Develop a pan-Canadian framework to protect the privacy and confidentiality of personal health information	Ongoing	The Pan-Canadian Health Information Privacy and Confidentiality Framework was completed and endorsed by the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health (with Quebec and Saskatchewan abstaining).
Increase access to health evidence/information and its use in support of decision-making and accountability	Ongoing	The *Federal Report on Comparable Health Indicators* was released, program evaluation continued to be strengthened, and ongoing efforts to increase access to health evidence/information in support of decision-making and accountability continued.
Implement a Departmental Information Management/Information Technology (IM/IT) Strategy	Ongoing	Made best use of limited funding by developing clear priority-setting processes, including a final draft departmental IM/IT Strategy to guide spending and technology choices, particularly for information management and telecommunications.

[1] *Resource amounts have been provided at the Strategic Outcome level and not the Priorities/Commitments level since a mechanism doesn't exist to provide the Actual Spending at the Priority level.*

[2] *In order to report on the Strategic Outcomes and accurately reflect Health Canada's results under Priorities/Commitments for 2004–2005, the heading of the column has been modified to read: Results Achieved as opposed to Expected Results and Current Status.*

7 STRATEGIC OUTCOME:

Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs

TOTAL PLANNED SPENDING[1] ($M): 198.6		TOTAL ACTUAL SPENDING[1] ($M): 231.2
2004–2005 Priorities/Commitments	**Type**	**Results Achieved[2]**
Improving accountability to Canadians through continuous improvement of management practices and rigorous stewardship of resources	Ongoing	Improvements to management practices, strengthened stewardship and accountability. Shift to a culture where managers focus on improving transparency and openness, and strengthening stewardship and accountability.
Effective regional delivery of Health Canada programs tailored to meet local conditions	Ongoing	Regional operations used partnerships and collaborative relationships, as well as the engagement of key stakeholders and citizens, to address local and regional priorities.
Improve the Department's capacity to perform, harness, translate and use sound science to support evidence-based decision-making, thereby optimizing health outcomes and minimizing health risks for Canadians	Ongoing	Analyzed science strengths, gaps and opportunities to promote effective use of science in policy and regulatory decisions. The Post-Doctoral Fellowship Program is enhancing departmental science capacity and quality. Partnerships with other departments and the Canadian Institutes of Health Research on many initiatives raised awareness and understanding of science conducted at Health Canada.
Implement Health Canada's component of the Federal Government's Official Languages Action Plan for increasing access to services by Official Language Minority Communities	Ongoing	To date, 27 official language minority community networks in place; 140 French language graduates of college and university health programs. Implemented a new internal policy to support Official Language Minority Communities.

[1] *Resource amounts have been provided at the Strategic Outcome level and not the Priorities/Commitments level since a mechanism doesn't exist to provide the Actual Spending at the Priority level.*

[2] *In order to report on the Strategic Outcomes and accurately reflect Health Canada's results under Priorities/Commitments for 2004–2005, the heading of the column has been modified to read: Results Achieved as opposed to Expected Results and Current Status.*

Section II

Analysis of Performance by Strategic Outcome

Strategic Outcome:
Access to Quality Health Services for Canadians

Relevant Outcome in "Canada's Performance":
Healthy Canadians with Access to Quality Health Care

Objective

To provide a leadership role in collaboration with provinces/territories, health professionals, administrators and other key stakeholders, focused on developing a shared vision for Canada's health system and identifying key priorities and implementation approaches to achieve needed changes that will improve the timeliness of access, and the quality and integration of health services (including primary, acute, home, community and long-term care) to better meet the health needs of Canadians wherever they live or whatever their financial circumstances.

Financial Information

2004–2005 (MILLIONS OF DOLLARS)

	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Gross expenditures	378.4	363.3	356.4
Revenues	0	0	0
Net expenditures	378.4	363.3	356.4*
FTEs	465	470	473

* *This represents 12.7 percent of the Department's actual spending (excluding the Public Health Agency of Canada).*

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- additional funding related to initiatives set out in the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal
- additional funding for the Assisted Human Reproduction Agency of Canada (AHR) not required this fiscal year to be in sync with the creation of the agency
- re-profile of some planned funding of the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) to future years to meet program needs
- transfer portion of funding for PHCTF to the Strategic Outcome "Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making" Management
- internal funding provided to First Nations and Inuit Health Branch towards the Named Contribution to the Province of Ontario for the construction of the Meno Ya Win Health Centre

The actual spending is $6.9 million lower than total authorities mainly due to:

- lower than expected requirements in contributions related to PHCTF and Health Human Resources (HHR)
- year end adjustments and lower than expected expenditures in various programs

Intermediate outcomes

- Improved health policy coherence
- Ongoing implementation
- Enhanced health policy research capacity (ongoing)
- Consensus developed among well-informed stakeholders and governments

Immediate outcomes

- Identification of goals and objectives
- Knowledge development and transfer for specific health policy issues
- Collaboration with and engagement of stakeholders and governments

Priorities

- Work in partnership with the provinces and territories to improve access to quality health care services for all Canadians and to ensure the system's future sustainability
- Meet ongoing obligations of the *Canada Health Act*
- Design 21st century national policy approaches to emerging issues, particularly genetics (e.g. socio-demographic and ethical implications)
- Activities related to regulatory reform and legislative issues
- International collaboration

Program, resources and results linkages

Program	Actual Expenditures[1] ($M)	Result Linkage
Health Care Policy	291.4	Goals and objectives identified for specific strategies and initiatives. Collaboration with and engagement of governments and stakeholders. Knowledge development and transfer for specific health policy issues.
Intergovernmental Affairs	5.2	Collaboration with and engagement of governments and stakeholders. Knowledge development and transfer for specific health policy issues.
Strategic Health Policy	8.0	Goals and objectives identified for specific strategies and initiatives. Collaboration with and engagement of governments and stakeholders. Knowledge development and transfer for specific health policy issues.
International Affairs	19.8	Collaboration with and engagement of governments and stakeholders.
Women's Health	4.5	Knowledge development and transfer for specific health policy issues.
Communications, Marketing & Consultation	27.5	Activities generally consist of ongoing support services rather than defined programs.

[1] *The title has been changed from Resources to Actual Expenditures for clarification.*

Executive Summary

Health Canada plays an active role in the renewal of Canada's health care system. We are responsible for Government of Canada initiatives and investments that promote structural change in the health care system and enhance access to quality health care services for all Canadians. We carry out this role through our activities that help to fulfill: Government of Canada commitments under the September 2004 First Ministers' Agreement on the 10-Year Plan to Strengthen Health Care and previous First Ministers' agreements; our responsibility to ensure that the principles of the *Canada Health Act* are respected; our efforts to support the development of health system practices; and policies, regulations and legislation that meet current needs and reflect leading-edge knowledge.

During 2004–2005, we continued to meet our ongoing responsibilities under this strategic outcome as well as achieving progress on the new activities that we had projected in the Report on Plans and Priorities (RPP) for the year. A major focus was the preparatory work that led to the September First Ministers' Meeting and the 10-Year Plan. After the Plan was finalized, we worked closely with our colleagues in provincial and territorial governments and with health stakeholders to begin action on the commitments, particularly as a number of them have specific target dates for results.

In addition, we continued our ongoing efforts to improve the knowledge base necessary for developing effective policies, through our own policy research on emerging issues such as human genetics, nanotechnology and biotechnology issues. We also contributed to international initiatives on issues such as HIV/AIDS, tobacco control and health security related to a potential influenza pandemic.

PRIORITY 1: ONGOING

Work in partnership with the provinces and territories to improve access to quality health care services for all Canadians and to ensure the system's future sustainability

Under this priority, our Department continued to support the implementation of commitments to health care system innovation and reform made at recent First Ministers' Meetings. We also carried out much of the work that clarified options for the First Ministers in preparation for their meeting in September 2004, which led to the 10-Year Plan. Following that meeting, we worked on issues and commitments arising from the 10-Year Plan with the provinces and territories. In many cases, these modified and expanded the commitments that we originally made in the RPP for 2004–2005.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Support the process leading to the 10-Year Plan	Although not anticipated in the RPP, a major action for 2004–2005 was the support that we provided to the Government of Canada in preparation for the First Ministers' Meeting in September 2004 and then to follow-up with actions to implement the First Ministers' commitments. The 10-Year Plan is an action plan to guide federal, provincial and territorial governments on health care renewal initiatives in areas such as wait times, health human resources, home care, primary health care, and pharmaceuticals. The Plan is supported by federal investments of $41 billion over 10 years to provinces and territories, which will promote predictable and growing funding to strengthen the health care system. These funding commitments were implemented through Bill C-39 which received Royal Assent in March 2005. Budget 2005 committed a total of $200 million over five years to support health human resources and improve wait times and health performance reporting to implement the 10-Year Plan.
Health Care Access/Wait Times	The 10-Year Plan outlines specific commitments to achieve meaningful reductions in wait times starting in the five priority areas (cancer, cardiac, diagnostic imaging, joint replacement and sight restoration), and to develop evidence-based benchmarks and comparable indicators. For Canadians, this will mean improved access to quality care, starting in the five priority areas. To improve access to quality care, Health Canada: • established operating principles for the $4.25 billion five-year Wait Times Reduction Transfer; • continued multi-partner collaboration with the Western Canada Waiting List Project; • supported the dissemination of national and international best practices in wait times management; • developed knowledge of acute care trends and approaches to hospital efficiency; • facilitated knowledge of access issues for populations under federal jurisdiction; • examined the issue of wait times in emergency departments; • facilitated consultations with and consensus building among various key players of the health care system on wait times commitments; and • received $15 million over four years from Budget 2005 for national wait time initiatives.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Manage progress under the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF)	The $800 million five-year PHCTF, established in the 2000 First Ministers' Agreement, continued to support the transitional costs associated with making fundamental changes to primary health care. The PHCTF is supporting over 60 initiatives, with the majority of funding directed to provincial and territorial governments to support their primary health care renewal plans. Virtually all remaining funds were committed in 2004–2005. In 2004–2005, significant progress was made on three national strategies focusing on the promotion of multi-disciplinary teamwork, the development of an evaluation framework and increasing public awareness of primary health care. All three strategies will continue until 2006–2007. In May 2004, more than 1,000 people took part in a successful conference on primary health care bringing together experts from Canada and abroad to share best practices and discuss policy directions for primary health care renewal. It set the stage for continued improvements to the delivery of primary health care.
Implement commitments made through the 2003 First Ministers' Accord (as expanded on through the 10-Year Plan) on Home Care	The 10-Year Plan outlines specific short-term acute home care services that will be available to all Canadians, based on assessed need and at first-dollar coverage, by 2006. This will mean better access to home care services after leaving the hospital, to end-of-life care, and for some patients with mental health problems. All jurisdictions, including the federal government, are working towards meeting the 2006 target for implementing the home care commitments specified in the 10-Year Plan. Health Canada's activities on home and continuing care included policy and knowledge development and adoption that support the advancement of home and continuing care across Canada with a focus on innovative models and programs, particularly in the areas of mental health, case management, family/informal caregivers, long-term facility-based care and supportive housing; promoting the appropriate use of health human resources; and promoting the use of technology (tele-home care and therapies) in developing new models and programs.
Address pharmaceuticals issues of relevance to health care reform (as expanded on through the 10-Year Plan)	Health Canada has continued to collaborate with its provincial and territorial partners on pharmaceuticals management initiatives. The Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service (COMPUS) was established with Health Canada funding from the Therapeutics Access Strategy (TAS) in March 2004 following federal, provincial and territorial approval of the initiative and agreement on initial priorities. COMPUS will be the Canadian centre for information and education on best practices in drug prescribing and utilization. Federal, provincial and territorial (F/P/T) health ministers established the F/P/T Ministerial Task Force in October 2004 to develop and implement the National Pharmaceuticals Strategy (NPS), which builds on and complements TAS and other federal and FPT initiatives aimed at improving Canadians' access to safe, effective and affordable drugs. Since then, Health Canada has continued its collaborative work with provincial and territorial health ministries to develop and implement the action elements of the NPS as well as related, pre-existing initiatives such as COMPUS and the Common Drug Review (CDR).

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	Our Department continued joint work with other jurisdictions towards harmonizing the treatment and listing of generic drugs in order to improve the access of public drug benefit programs across Canada to less expensive generic equivalents for brand name, patented drugs. We made progress on our analysis of non-patented drug pricing in Canada, and on the assessment of options for moderating or controlling pricing. This work, originally launched prior to the 10-Year Plan, continues as part of the F/P/T collaborative work under the NPS. We and our partner jurisdictions continued to use the CDR process for new prescription drugs. The CDR is a single process for reviewing new drugs and providing benefit listing recommendations to participating publicly-funded federal, provincial and territorial drug benefit plans in Canada (except Quebec). The CDR promises to increase harmonization of listing decisions and reduce duplication of effort. The Department funded 11 projects under the Best Practices Contribution Program, which offers financial support to initiatives that evaluate best practices related to optimal prescribing and utilization of drug therapy, and encourages the uptake of such best practices across jurisdictions.
Address health technologies issues (as expanded on through the 10-Year Plan)	In October 2004, Health Ministers approved the Canadian Health Technology Strategy. This Strategy represents a collaboration to promote the management, diffusion and use of health care technologies. More specifically, Health Canada was responsible for promoting and ensuring accountability and transparency for arm's-length organizations and project partners such as the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). This involved focusing work on health care technology uptake and utilization, with a particular emphasis on medical and diagnostic equipment. This means increasing knowledge in health care technology uptake and utilization through domestic and international research and providing a leadership role in the promotion of collaboration among stakeholders in the health care system. The $500 million in 2004–2005 for medical equipment was provided to provinces and territories for diagnostic and medical equipment and related specialized staff training to improve access to publicly-funded diagnostic and treatment services in a timely manner.
Support action on palliative end-of-life care issues	In addition to leadership in support of the Canadian Strategy on Palliative and End-of-Life Care and work with many stakeholder organizations and provincial and territorial governments, we supported the advancement of best practices in palliative and end-of-life care, as well as accreditation standards and interprofessional education.
Support action on Health Human Resources (HHR) planning (as expanded on through the 10-Year Plan)	We were actively involved in the development of a Pan-Canadian Health Human Resources Planning Framework in 2004–2005. The Framework, which has been approved by almost all jurisdictions, makes the case for a pan-Canadian collaborative approach to planning, describes the challenges, identifies priorities for collaborative action and sets out tangible actions that jurisdictions can take together to achieve a more stable, effective health work force. Our role included infrastructure support for HHR planning, enhanced HHR data collection and standardization, and forecasting modelling. In partnership with Human Resources and Skills Development Canada, our Department continued to engage in occupational and sector studies with specific health professions in order to better understand the human resource requirements for these professions.

PRIORITY 2: ONGOING

Meeting ongoing obligations of the *Canada Health Act*

The *Canada Health Act* (CHA) is Canada's federal health insurance legislation. The Act defines the national principles that govern the health care system (public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility). Its aim is to ensure that all eligible residents of Canada have reasonable access to medically necessary hospital and physician services on a prepaid basis, without direct charges at the point of service. In 2004–2005, Health Canada continued to ensure compliance with the Act and improve reporting to Parliament and Canadians. *The Canada Health Act Annual Report* can be found at: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index_e.html

Health Canada's approach to CHA administration emphasizes transparency, consultation and dialogue with provincial and territorial health care authorities. The application of financial penalties is considered only as a last resort when all options to resolve an issue collaboratively have been exhausted. Pursuant to the commitment made by all premiers (except Quebec's) under the Social Union Framework Agreement of 1999, federal, provincial and territorial governments (except Quebec) agreed, in April 2002, to a *Canada Health Act* Dispute Avoidance and Resolution Process. On September 16, 2004, all First Ministers, except for Quebec, formalized that process as part of their 10-Year Plan to Strengthen Health Care.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Ensure compliance with the conditions and extra-billing and user-charge provisions of the *Canada Health Act*	Our work with provinces and territories has indicated a high level of compliance with the legislation. We increased our monitoring of health care delivery, developed better information tracking and analysis and tools, and investigated and reported on potential non-compliance and emerging health issues.
Improve reporting to Parliament and Canadians on insured health care services provided by the provinces and territories	We worked with provinces and territories to improve the information collected and reported in the *Canada Health Act Annual Report* by streamlining the process, increasing collaboration and communication with the provinces and territories, and by increasing the scope and detail of information provided in the report.
	The *Canada Health Act Annual Report 2003–2004* was tabled in the House of Commons on February 18, 2005, and in the Senate on February 22, 2005.

PRIORITY 3: NEW

Design 21st century national policy approaches to emerging issues, particularly genetics (e.g. socio-demographic and ethical implications)

Health Canada has been working both domestically and internationally on policy approaches to a wide range of emerging issues, most notably human genetics, research involving human biological materials and nanotechnology. These areas have great potential to deliver new ways to prevent, diagnose, and treat health disorders, but also present policy, ethical and regulatory challenges that must be addressed so that health system sustainability, patient safety and public confidence are maintained.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Develop an overall strategy for addressing emerging technologies	We led the Government of Canada's negotiations on UNESCO's proposed Declaration on Universal Norms on Bioethics, an overarching principles-based text to help states develop and implement policies and legislation related to ethical issues raised by advances in technology.
The strategy will include specific approaches to genetics and nanotechnology	We worked through the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) on three key initiatives: (1) finalizing a report on the current status of quality assurance in molecular genetic testing laboratories, which will lead to the development of quality assurance guidelines by 2006 to improve the quality of genetic testing; (2) provided input to work on biotechnology and health innovation addressing how genetics technology can be used effectively for good health and better quality of life; and (3) drafting OECD Best Practice Guidelines for licensing genetic innovations to improve licensing practices so that more patients can benefit from new genetic diagnostics and therapeutics. At the national level, we worked with the Canadian Biotechnology Advisory Council (CBAC) in its study of the health system impacts of patents on human genetic materials, which will culminate in a report with recommendations in fall 2005. Our research and policy development activities on broader human genetics policy issues included collaboration with other departments and the Canadian Biotechnology Secretariat on a government conference on pharmacogenomics. We also held a symposium on genetics and diversity to advance understanding of the interrelationships between genetics research, health care applications and policy, and factors such as sex and gender, disability, race and ethnicity. Our nanotechnology work involved support of, and participation in, interdepartmental nanotechnology efforts led by the Office of the National Science Advisor. We also conducted research on the ethical, legal and social implications of nanotechnology.
Other initiatives	We have been examining approaches to the collection, use and storage of human biological materials (HBM) in research, that would serve to maximize health gains and safeguard individual privacy and informed consent. In 2004, our Department began working to develop a consolidated single guidance instrument for Health Canada researchers on good research practices for HBM. As part of this, we have worked to assess the scope of Health Canada's storage of HBMs and to identify issue areas, determine the nature of the guidance instrument, identify gaps in existing policies and guidelines and identify priority areas to move forward to ensure improved protection for Canadians whose HBM is held by Health Canada.

PRIORITY 4: ONGOING

Activities related to regulatory reform and legislative issues

Health Canada has undertaken work toward the modernization of our regulatory systems and legislative initiatives to maximize the protection of Canadians' health and safety.

Health Canada's Report on Plans and Priorities for 2004–2005 highlighted other regulatory frameworks under which work would be completed. We continue to collaborate with Industry Canada to build modern intellectual property frameworks.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Moving forward with a Smart Regulation strategy to accelerate reforms in key areas	Health Canada has been an active participant in the Government of Canada's work to develop a Smart Regulation implementation strategy based upon strengthening regulatory management, improving coordination and cooperation, and measuring performance. Eight Health Canada initiatives were included in the Government of Canada's first *Smart Regulation Report on Actions and Plans*, released in March 2005. These initiatives include efforts to improve efficiency and effectiveness, along with transparency and public input (e.g. Therapeutics Access Strategy for drugs), innovative risk-based approaches (e.g. standards-based regulation for cells, tissues and organs for transplantation), and multi-stakeholder involvement (e.g. Task Force to Reduce Trans Fats in Canadian Food). Another initiative was a Health Canada-Privy Council Office-International Trade Canada MOU signed in February 2005 to streamline the regulatory process for submissions in two high-volume areas (establishment of pesticide Maximum Residue Limits (MRLs) in food, and amendments to Schedule F of the Food and Drug Regulations governing prescription status), while preserving rigorous scientific review and maintaining existing consultation with stakeholders and trading partners. This MOU will mean that growers will have quicker access to new and safer pesticides, and consumers will have quicker access to new prescription medicines and faster reimbursement from private insurers.
Modernization of our regulatory systems and legislative initiatives	Health Canada has undertaken work toward the modernization of our regulatory systems and legislative initiatives to maximize the protection of Canadians' health and safety. Health Canada completed national consultations on the Health Protection Legislation Renewal (HPLR) proposal, and more than 300 written submissions, containing more than 1,600 specific comments, were analyzed. Meetings were organized to address specific issues, including a meeting of federal/provincial/territorial officials. In spring 2004, the Department separated the chapter on communicable disease from the original HPLR proposal, and moved forward with a new Quarantine Bill. This was done in light of analysis following the SARS outbreak, which identified the need to modernize existing quarantine legislation. The Bill received Royal Assent in May 2005. In fall 2004, the Department introduced new legislation to amend the *Food and Drugs Act* concerning Interim Marketing Authorizations to address concerns raised by the Standing Joint Committee on the Scrutiny of Regulations. These amendments were referred to the Standing Committee on Health at the end of 2004–2005.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
International regulatory cooperation to maximize benefits of international approaches	Significant progress was made on the identification of key principles that will govern Health Canada's strategic engagement in international regulatory cooperation. This has been complemented by work on international regulatory cooperation in specific branches. First, Bill C-9, the *Jean Chrétien Pledge to Africa* legislation was completed on May 14, 2005 with final regulations published in *Canada Gazette*, Part II on June 1, 2005. Canadian generic drug companies can now begin to seek compulsory licenses to export drugs for HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and other public health emergencies to designated countries in need. Second, a regulatory package amending the Patented Medicines (Notice of Compliance) Regulations and the data protection provisions of the Food and Drug Regulations was prepublished in *Canada Gazette*, Part I. Health and Industry officials are evaluating comments received from stakeholders and expect to move forward over the summer months. Third, Health Canada is collaborating with Industry Canada in the work of the OECD and of CBAC to address issues for the health care system associated with the patenting of human genetic material.
Activities relating to assisted human reproduction (AHR)	With regard to the governance of the ethical conduct of research involving humans, Health Canada is continuing policy work in this area, and has provided support for the National Council of Ethics of Human Research to prepare an options paper for an accreditation system of human research protection programs, and to begin preparing draft standards to promote consistent, high quality protections for Canadian health research participants. Health Canada continued to work on the establishment of the new Assisted Human Reproduction Agency of Canada, pursuant to its enabling legislation, *An Act respecting assisted human reproduction (AHR) and related research*. The legislation aims to protect and promote human health, safety, dignity and rights in the use of AHR technologies; prohibits unacceptable activities, such as human cloning; and places controls over AHR-related research. To fulfil these aims, the Department is making progress towards developing a comprehensive framework of regulations under the Act, through an open and consultative process. In 2004–2005, departmental officials provided 16 technical briefings in 11 major centres across Canada to inform the provinces, stakeholders and the general public about the new Act and the regulatory process. Information gathering workshops were organized to support policy development for counselling and reimbursement of AHR-related expenditures. Health Canada also carried out national consultations on specific proposals for the application of free and informed consent in the use of human reproductive material/in vitro embryos, which has informed the drafting of regulations in preparation for pre-publication in *Canada Gazette*. Preparatory work was completed for the recruitment and selection of candidates for the Agency's Board of Directors, including the positions of President and Chairperson. The Agency's preliminary business plan and human resources strategy were drafted and work began towards building the Agency's business systems and tools to prepare it for its anticipated start-up in early 2006 in Vancouver.

PRIORITY 5: ONGOING

International collaboration

Health Canada continued to develop and maintain bilateral and multilateral relationships with key international organizations and countries. In addition, we continued working to ensure that our Department's international policies and programs are consistent and coherent with Government-wide policies as well as Canada's foreign policy positions.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Involvement in health organizations and with other countries	We remained active in the World Health Organization (WHO) and the Pan-American Health Organization (PAHO), particularly in helping to shape key policies and advocate for Canada's priorities. In both these organizations, we supported key resolutions of importance to Canada, including ones related to pandemic preparedness, high-burden poverty-related diseases, and non-communicable diseases. We led the negotiations in collaboration with the Public Health Agency of Canada on the revision of the WHO International Health Regulations, which aim at preventing, protecting against, controlling and responding to the international spread of infectious diseases, such as SARS. We worked to strengthen our relationships with the European Union in a number of priority areas for the Government of Canada, for example, consumer safety and healthy environment issues. Bilaterally, we signed a letter of intent with the Mexican Ministry of Health to develop bilateral activities, the first of which focuses on indigenous people's health. We also renewed our Action Plan for Health Cooperation with China.
Global HIV/AIDS efforts	Our Department strengthened the Global Engagement component of the Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada as part of the overall strategy renewal process. This included grants to support learning events and the development of new resources and sharing of best practices between Canada's domestic and international partners. One example was the support for the 2nd Canadian Microbicides Symposium. We also provided financial and programmatic contributions to the 2004 International AIDS Conference in Bangkok, and input to the drafting of numerous United Nations decisions and resolutions related to HIV/AIDS.
Global Health Security Initiative	We continued a leadership and coordination role by serving as Chair of the Global Health Security Initiative (GHSI) Action Group of senior officials (G7 plus Mexico), as the Secretariat for the GHSI, and being responsible for operating the Initiative's secure Web site. The GHSI activity culminated in a December 2004 international meeting where Ministers approved actions and charted future work to improve global health security related to chemical, biological, radiological and nuclear terrorism and pandemic influenza preparedness and response.
Global tobacco control	Our continued leadership and work in global tobacco control issues resulted in the successful ratification of the WHO's Framework Convention on Tobacco Control, the first ever global public health treaty designed to reduce tobacco-related deaths and disease around the world. In addition to this, we provided grants to international organizations as well as individual countries to help advance their tobacco control research and programs.

Strategic Outcome:

Healthier First Nations and Inuit through Collaborative Delivery of Health Promotion, Disease Prevention and Health Care Services

Relevant Outcomes in "Canada's Performance":

Improved Health of Aboriginal People

Objective

Sustainable health services and programs for First Nations and Inuit communities and people that address health inequalities and disease threats so that they may attain a level of health comparable with that of other Canadians, and in collaboration with the provinces and territories.

Financial Information

2004–2005 (MILLIONS OF DOLLARS)

	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Gross expenditures	1,707.4	1,714.6	1,688.6
Revenues	(5.5)	(5.5)	(4.0)
Net expenditures	1,701.9	1,709.1	1,684.6*
FTEs	1,714	1,738	1,893

* *This represents 59.8 percent of the Department's actual spending (excluding the Public Health Agency of Canada).*

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- additional funding for the Named Contribution to the Province of Ontario for the construction of the Meno Ya Win Health Centre; the Federal Contaminated Sites Accelerated Action Plan II; Non-Insured Health Benefits Program; and Indian Residential Schools Program
- funding for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities being shown in the Departmental and Administration business line

The actual spending is $24.5 million lower than total authorities mainly due to:

- a reduction in Non-Insured Health Benefits planned spending attributable to such factors as the increased use of generics
- lower than anticipated uptake of services provided by the Indian Residential Schools Program
- year end adjustments and lower than expected expenditures in various programs

Intermediate Outcomes

- Increased healthy behaviours
- Improved access, availability and quality of health programs and services
- Reduced incidence and/or prevalence of illness, disease and/or drug and alcohol abuse
- Increased capacity to manage and deliver First Nations and Inuit health programs and services
- Effective and sustainable First Nations and Inuit health system
- Increased community and individual awareness of the health determinants that affect health and of preventive actions to minimize effects
- Client satisfaction with program and service levels and quality
- Effective and efficient management of access to health benefits that is based on client needs
- Effective health planning and management capabilities in communities

Immediate Outcomes

- Increased capacity to deliver programs and services
- Increased community and individual awareness
- Culturally sensitive programs and services
- Quality programs and services delivered
- Effective policies and management frameworks developed and implemented

Priorities

- Enhance health promotion and prevention programs
- Improve the quality, accessibility and effectiveness of health care services
- Cooperate and collaborate with First Nations and Inuit communities, provinces and territories, and service providers to modernize and adapt the health service system for First Nations and Inuit
- Improve information and knowledge management to improve delivery of health care services and programs
- Implement effective evaluation and accountability mechanisms that will improve the management practices of Health Canada and First Nations and Inuit communities

Program, resources and results linkages

Program	Actual Expenditures[1] ($M)	Result Linkage
First Nations and Inuit Community Health Programs	205.6	Community Programs support child and maternal-child health; mental health promotion; addictions prevention and treatment; chronic disease prevention and health promotion services.
First Nations and Inuit Health Protection	46.4	Communicable Disease and Environmental Health and Research programs facilitate preparedness to implement measures in the control, management and containment of outbreaks of preventable diseases and improve management and control of environmental hazards.
First Nations and Inuit Primary Health Care	294.6	Primary Health Care services include urgent and community medicine, nursing services, home and community care and oral health.
Non-Insured Health Benefits (NIHB)	814.1	The NIHB Program provides approximately 765,000 registered Indians and recognized Inuit with a limited range of medically necessary health-related goods and services which supplement those provided through other private or provincial/territorial health insurance plans. Benefits include drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term crisis intervention. Mental health services and medical transportation to access medical services not available on-reserve or in the community of residence.
Governance and Infrastructure Support to First Nations and Inuit Health System	323.9	Governance and Infrastructure Support to First Nations and Inuit Health System government in implementing the Inherent Right Policy, improving First Nations and Inuit capacity to generate and access health information and knowledge and to ensure First Nations and Inuit health programs and services infrastructure by increasing First Nations and Inuit control over health programs and services. The activities undertaken include health planning and strengthening management capacity in First Nations and Inuit communities, capacity building of First Nations and Inuit communities to manage and deliver health programs and services, integration and coordination of health services between F/P/T, stewardship and health research, knowledge and information management.

[1] *The title has been changed from Resources to Actual Expenditures for clarification.*

Executive Summary

The objectives of the First Nations and Inuit Health program activity include improving health outcomes; ensuring the availability of, and access to, quality health services; and supporting greater control of the health system by First Nations and Inuit. The goal of providing efficient, effective and sustainable health services and programs that contribute to better health outcomes is guided by four working principles: First Nations and Inuit should be supported to have an effective role in the planning and delivery of their health services; First Nations and Inuit should receive services in a seamless way through integration of federal/provincial/territorial programs; First Nations and Inuit should have access to the same quality and availability of service as the rest of the population living in similar geographic areas; and reform of the First Nations and Inuit health system should be undertaken to shift the emphasis "upstream" to create stronger capacity for prevention of illness and promotion of good health.

There continue to be significant disparities in health outcomes when compared to the general Canadian population in areas of life expectancy, prevalence of chronic and infectious disease, and injury. Diabetes rates are three to four times higher, and potential years of life lost due to injury are three and a half times higher. Rates of First Nations youth suicide are six times the rate for other Canadian youth. In addition, tuberculosis infection rates are six times higher than the Canadian general population. Since 1992, the proportion of AIDS cases among Aboriginal people climbed from 1.7 percent of all cases in Canada to 7.2 percent in 2001.[4] Despite these disparities, the Department continued to make strides in addressing the health status of First Nations and Inuit. For example, life expectancies have risen—13.1 percent for males and 12.6 percent for females—among Registered Indians over a 20 year period. Similarly, the First Nations infant mortality rate has been steadily declining since 1979 when it was 2.5 times the Canadian rate. In 2000, the First Nations rate dropped to approximately 1.2 times higher than the Canadian rate.

The Department faces many of the same challenges as other Canadian health systems such as, increasing costs, health human resource shortages and servicing the needs of an aging population. In addition, the First Nations and Inuit health system has additional challenges in program delivery and increasing costs due to a rapidly growing population with a higher rate of injuries, disease burden and populations living largely in remote and rural areas of the country.

A range of medically necessary benefits (drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term crisis intervention mental health services and medical transportation to access medical services not available on-reserve or in the community of residence) is provided under the NIHB Program to approximately 765,000 First Nations and Inuit, regardless of residency. During 2004–2005, we continued to meet ongoing responsibilities to address the challenges to the health of First Nations people and Inuit and to the First Nations and Inuit health system. Efforts were aided by the initial allocation of funds from the Budget 2003 commitment to invest $1.3 billion over five years to build the foundation for a more effective and sustainable First Nations and Inuit health system. This commitment included funds for NIHB; capital reinvestment to improve health facilities; an Immunization Strategy for First Nations children on-reserve; a comprehensive Nursing Strategy; and pilot programs to improve the integration of services with those of the provinces and territories. In 2004–2005, the Government also announced $700 million in new commitments to improve Aboriginal health. Confirmed in Budget 2005, these include funds for an Aboriginal Health Transition Fund to enable integration and adaptation of health services; the Aboriginal Health Human Resources Initiative to increase the number of Aboriginals choosing health care professions and funds to enhance health promotion and disease prevention programs focusing on suicide prevention, diabetes, maternal and child health and early childhood development.

During the year, we continued to address a number of specific challenges and risks faced in delivering programs and services that include: the need to increase prevention

[4] Health Canada. A Statistical profile of the Health of First Nations in Canada, 2000.

efforts at the community level to improve health and decrease the burden on the health care system; the need to build capacity for First Nations and Inuit to have a more effective role in the planning and delivery of health services; the need to maintain clear and effective accountability for health outcomes in relation to both health services and health status; and the challenges associated with balancing cost effectiveness while contributing to optimal health impacts.

Together with First Nations and Inuit, the Department works to enhance the reach and effectiveness of programs and services, and to deliver public health and community health programs on reserves. These programs include environmental health and communicable and noncommunicable disease prevention. Primary health care services are also provided in remote and isolated communities where often no provincial services are readily available.

PRIORITY 1: ONGOING

Enhance health promotion and prevention programs

During the year, our Department invested in programs designed to collectively improve the spiritual, emotional, intellectual and physical growth and development of First Nations and Inuit infants and children, and to support pregnant women, caregivers, families and communities in raising healthy children who are able to meet their full potential. Programs targeted towards maternal, infant and child health, increasing children's knowledge of language and culture, and increasing children's readiness for school were the focus. To close the gap in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians, we put in place several health promotion and disease prevention activities and worked with partners to improve health care delivery. Specific initiatives include a targeted immunization program, an expansion of the Aboriginal Head Start program, and an expansion of programs to address fetal alcohol spectrum disorder in Aboriginal communities. To complement the federal/provincial/territorial (F/P/T) Early Childhood Development (ECD) Initiative, Health Canada, working in close collaboration with the Public Health Agency of Canada (PHAC), Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC), Indian and Northern Affairs Canada (INAC), and Social Development Canada (SDC), moved forward in implementing the ECD Strategy for First Nations, Inuit and other Aboriginal children.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Implementation of an ECD Strategy for First Nations and Inuit — "single window" approach	We assessed the viability of a "single window" approach to ECD program delivery, within the context of a national Early Learning and Child Care Initiative. Among other activities that took place, federal departments met with community representatives who work with children with special needs to identify potential strategies. These activities were complemented by National Aboriginal Organizations' (NAO) led community dialogues that produced discussion papers on how to apply the ECD "QUAD" principles (quality, universally inclusive, accessible and developmental) in Aboriginal communities.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Investment of $74.2 million in programs designed to improve the health and well-being of First Nations and Inuit infants and children and to support pregnant women, caregivers, families and communities through the Aboriginal Head Start On-Reserve (AHSOR), Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Program and the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) that results in improved health and well-being of infants, pregnant women, children, families and communities	Elements of the AHSOR Program were delivered in 338 communities, which served approximately 9,100 children. In 2004–2005, AHSOR convened a workshop to discuss future program developments. We also facilitated parent focus groups in communities to obtain their feedback on barriers to parental involvement and strategies to address them. FASD Program: First Nations and Inuit component provided regions with training in Asset Mapping which is a capacity development tool that enables communities to identify their strengths and develop a plan to address FASD. To increase community awareness, training and education sessions on the causes and effects of FASD were provided to over 500 professionals, para-professionals and caregivers. Several mentoring projects were also established in 2004–2005. These projects began to demonstrate the benefits in preventing FASD which result from pairing pregnant at-risk women with a trusted support worker. In 2004–2005, approximately 6,000 women participated in CPNP: First Nations and Inuit component at approximately 450 project sites, serving more than 600 First Nations and Inuit communities. The capacity of CPNP to deliver effective programs was strengthened by more than 500 workers who received in-depth training on relevant topics such as gestational diabetes and infant nutrition. Resource and reference material was also developed and distributed. AHSOR 2004–2005 expenditures: $41,462,356 FASD 2004–2005 expenditures: $10,729,173 CPNP 2004–2005 expenditures: $8,902,031 **AHSOR AND FASD:** Full annual funding could not be expended in this fiscal year. All available funding was allocated to meet regional health program needs, including to those services that First Nations have identified as priorities. **CPNP:** The expenditures above are the allocations and include grants and contributions; and operations and management costs. Data on the number of sites and women reached is estimated. Up to 50% of projects have been included in Health Services Transfer Agreements in which the community has greater flexibility in the management of its resources and final reporting to this level of detail is not mandatory.
Investment of $32 million over five years to increase immunization rates among First Nations children, under the age of six, who live on-reserve, and to ensure access to newly recommended vaccines Implementation of Immunization Strategy through partnerships with F/P/T colleagues and Aboriginal organizations and communities	We provided access to three newly recommended vaccines (meningococcal conjugate, pneumococcal conjugate and varicella vaccine) to the on-reserve population. We also supported work in some communities for the enhancement of the immunization program either through staffing or access to specific educational opportunities, some of which were done in partnership with provinces. The targeted Immunization Strategy with participation from several First Nations community nurses and National Aboriginal Organizations (NAOs) was implemented. Our Department enhanced partnerships with provinces in vaccine management and delivery, resulting in streamlined services. Benchmark data were collected on immunization coverage for two-year-olds living on-reserve, as well as information on knowledge, attitudes and beliefs around immunization practices among caregivers and nurses who provide immunizations on-reserve. Immunization Strategy expenditures: $691,744

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Investment of $28.6 million in programs that will: Increase awareness of healthy behaviours such as healthy eating, active living and healthy body weight Increase awareness of the harmful effects of tobacco and substance misuse	Through the Aboriginal Diabetes Initiative (ADI), communities received culturally appropriate information on healthy behaviours including the provision of a nationally distributed health and nutrition magazine. More than 600 communities and/or tribal councils received funding for projects that raised awareness of healthy behaviours such as walking clubs, cooking classes, school-based prevention projects, and camps for children and caregivers. Thirty diabetes prevention and health promotion projects were funded in communities to increase healthy behaviours among off-reserve Aboriginal populations, Métis, and Inuit living in urban centres. Mobile diabetes screening units were employed in British Columbia and Alberta. These units provided a safe and effective means of increasing access to services for remote First Nations communities. In addition to raising awareness about diabetes, the units provided retinopathy, neuropathy, and blood pressure monitoring services. A national social marketing campaign was launched in First Nations and Inuit communities to provide information on the dangers of second-hand smoke and to encourage First Nations and Inuit to make their homes smoke-free. Aboriginal focused television and radio campaigns aired to emphasize the importance of smoke-free areas at work and at home, especially in the presence of children. A follow-up media campaign focusing on tobacco cessation strategies was also prepared for delivery in 2005. Support for over 100 projects in 309 First Nations and Inuit communities to raise awareness about tobacco misuse and cessation was provided. First Nations' led discussions were initiated with the Assembly of First Nations (AFN) to develop a strategy to address the need for smoke-free areas on-reserve. ADI expenditures: $13,918,676 Tobacco Control Strategy expenditures: $6,899,184
Increased community capacity to reduce injuries	An injury prevention training manual and an adapted preschool education guide relating to hazardous materials and symbols were developed and distributed to First Nations and Inuit communities. A partnership with Transport Canada was established regarding their Personal Flotation Device Loaner Program in order to work with Aboriginal communities to reduce the number of marine-related fatalities in Western Canada. Injury Prevention Program expenditures: $5,746,306
Launch social marketing campaign on HIV/AIDS and provide support for the educational activities of NAOs and communities Provision of health information and prevention and harm reduction strategies to increase community knowledge of HIV/AIDS	Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN) and Pauktuutit Inuit Women's Association conducted enhanced AIDS awareness campaigns. Over 20,000 posters, pamphlets and information sheets on HIV/AIDS were distributed in First Nations communities and 1,500 copies of the pamphlet and information sheets were translated into Inukititut. Several communities engaged in awareness campaigns in conjunction with their local or regional Aboriginal AIDS service agencies. All prevention education efforts on HIV/AIDS were presented within a harm-reduction framework, and in some regions, over 90 percent of the on-reserve First Nations communities hosted at least one educational workshop. HIV/AIDS expenditures: $3,790,708

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Development and implementation of the strategic community risk assessment and planning tool for the elimination of tuberculosis in First Nations and Inuit communities and report on future directions of the Tuberculosis Strategy	The strategic community risk assessment tool for tuberculosis elimination (SCRAP-TB) was piloted in six communities and was helpful in supporting communities with their TB prevention and control program planning. In response to experts' recommendations to discontinue routine use of the BCG vaccine and replace it with an enhanced disease and infection detection and treatment program, our Pacific, Alberta and Quebec regions have discontinued routine use after consultation with individual communities. Manitoba and Ontario regions have initiated discussions with communities about the appropriateness of the vaccine use and their plans for replacement with an enhanced detection program. The existing Tuberculosis Elimination Strategy will be updated in 2005–2006 to reflect latest tuberculosis and public health expert recommendations. Tuberculosis expenditures: $4,774,878
Number of drinking water quality programs in place in First Nations communities and the results of these programs Increase in frequency of sampling and testing of drinking water quality in First Nations communities Increase in the number of communities that have portable laboratory kits for testing Training for First Nations communities to increase their capacity to monitor their drinking water quality and detect potential problems	Common definitions and a database were developed to ensure that performance information on water quality is collected and measured in a consistent manner in the future to enable comparative assessments. Our drinking water quality programs south of the 60th parallel involved 82 Environmental Health Officers providing data analysis reports. In total, 97,111 samples were taken in First Nations communities and analyzed. A total of 533 community sites had access to portable laboratory kits for testing during 2004–2005. Of these community sites, 441 utilized the kits to test at least one of their water systems. Capacity building in First Nations communities to monitor their drinking water quality and to detect potential problems was facilitated through the Community-Based Water Monitor program. In 2004–2005, 492 community sites had trained community-based water monitors. Drinking Water expenditures: $6,890,700

PRIORITY 2: ONGOING

Improve the quality, accessibility and effectiveness of health care services

Our Department works in collaboration with First Nations and Inuit communities to improve their quality of life and work towards closing the health outcomes gaps between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. The long-term goal is to shift the focus from treatment to "upstream" investments in public health, prevention and promotion services and to move towards improved equity in access and quality of health services. During the year, we focused on increasing the number of certified health professionals, enhancing health facilities to improve First Nations and Inuit access to health programs and services, providing support in acquiring accreditation for treatment centres and ensuring First Nations and Inuit had access to Home and Community Care (HCC) services.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Increase the number of First Nations and Inuit health professionals working in the health system and improve the continuity of care by: Implementing the First Nations and Inuit component of the Health Human Resources (HHR) Strategy	The First Nations and Inuit component of the Pan-Canadian HHR Strategy was implemented. An Aboriginal youth-oriented educational module Health Careers in the Classroom, was developed by the National Aboriginal Achievement Foundation for delivery to Aboriginal high school students to increase their awareness and knowledge of health careers. Funding was also provided to support a series of regional career fairs with an increase in health career focus. A national baseline survey on youth awareness of health careers was completed, which will form the baseline information for future social marketing awareness campaigns and for an overall evaluation of the health careers initiative. Work was initiated with the Association of Faculties of Medicine of Canada and the Indigenous Physicians Association of Canada to make recommendations for improvement to medical schools' curricula to make them more culturally appropriate. Work was also initiated with the National Indian and Inuit Community Health Representative Organizations to establish plans for developing core competencies, standards and certification processes for para-professional community health representatives. HHR expenditures: $4,243,238
Number of nursing positions staffed (committed to 123 new full nursing positions, of which 74 will augment staffing in nursing stations) and support of professional development for nurses in First Nations and Inuit communities as a result of implementation of the Nursing Strategy Improvements in nursing retention and recruitment, enhanced professional competency, adoption of evidence-based practices and improved client and system outcomes	Approximately 58 of the 123 new nursing positions targeted under the Nursing Strategy investment have been filled, including the contribution agreement funds targeted for transferred nursing positions. An aggressive recruitment campaign has resulted in a number of excellent candidates for all regions. Interviews are under way and hiring to current investment levels will be on target by fall 2005. Professional development initiatives resulted in a number of nurses developing competencies in mandatory training in clinical nursing practice, as well as other continuing education and training skills such as mandatory training in clinical skills and community health program competencies; certification in life saving skills; immunization competency training and skills enhancement for health surveillance. Early signs of improved recruitment are demonstrated by a higher number of applicants to new nursing positions and nurse vacancy rates that are relatively lower than during the pre-investment period. We expect to see more use of evidence-based practices and improved client and system outcomes as some of the impacts of the new investments. Nursing Strategy expenditures: $60,366,461
Improve the living and working conditions of nursing staff and increase the Department's ability to recruit and retain qualified health professionals by: Improved operations, and maintenance of on-reserve health facilities and professional staff residences Major structural repairs and replacement/upgrade of building systems Construction of nine health facilities Construction of 16 residential units	Repairs, upgrades and replacements of building systems improved the safety and operating efficiency at Health Canada hospitals and other health facilities. These projects included fuel distribution system upgrades, furnace and heating system repairs, and installation of efficient lighting systems and solar energy equipment. We constructed 11 health facilities, including five health stations, four health centres and two nursing stations. This ensures that health services are accessible to First Nations and Inuit communities through modern and sustainable health facilities. Our Department constructed 16 residential units to accommodate nursing staff in remote and isolated communities. Health Facilities and Capital expenditures: $9,510,584

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
HCC: Percentage increase from 2003–2004 to 2004–2005 of communities delivering HCC services Work with INAC to develop an approach and framework for long-term and ongoing care in First Nations and Inuit communities Options to address First Ministers' agreements on home care for First Nations and Inuit communities	Eighty-five percent of First Nations and Inuit communities have access to home and community care services, a 2 percent increase from 2003–2004. Health Canada continues to work in partnership with INAC and First Nations and Inuit in the development of a framework on long-term and continuing care in First Nations and Inuit communities. Work is ongoing for the development of options to address First Ministers' agreements on home care for First Nations and Inuit communities. Home and Community Care expenditures: $95,248,945
Effective use of medical transportation resources to meet the needs of clients in a sustainable manner by: Implementation of the NIHB Medical Transportation Policy Framework	The goal of the Medical Transportation Policy Framework is to establish policy infrastructure which allows for nationally consistent, accessible and cost-effective provision of medical transportation benefits. The revised version of the Medical Transportation Policy Framework will be completed in July 2005.
Improve the quality of First Nations and Inuit health services by: Finalizing the accreditation standards for First Nations community health programs Accrediting nine more program locations Providing support to these programs in acquiring accreditation and providing enhanced training and professional development for personnel working in both residential treatment centres and community-based programs	To ensure the accreditation standards for community health programs are culturally relevant, several standards have been field-tested in communities and enhanced with cultural and traditional elements. Six new organizations began the accreditation process, bringing the total to over 40 First Nations and Inuit organizations that included addiction treatment centres, community health centres, home care and small hospitals. Three additional National Native Alcohol and Drug Addiction Program (NNADAP) treatment centres achieved accreditation. In total to date, there are 18 NNADAP and Youth Solvent Abuse Program (YSAP) treatment centres were fully accredited, five centres were involved in the accreditation process, and three centres were in the process of regaining their accreditation status. At present, there are 58 NNADAP and YSAP treatment centres across Canada. Certified training provided by recognized training institutions was established as a standard procedure within NNADAP. We continued to support treatment centres and their efforts to offer a range of certified training opportunities to their employees. NNADAP expenditures: $44,539,914 YSAP expenditures: $12,072,244

PRIORITY 3: ONGOING

Cooperate and collaborate with First Nations and Inuit communities, provinces and territories, and service providers to modernize and adapt the health service system for First Nations and Inuit

Our Department worked closely with key partners, including First Nations and Inuit, the provinces and territories, health professional associations, national non-governmental organizations and the health research community to develop strong partnerships at the national, regional and community levels. During the year, work continued with a variety of organizations to implement initiatives funded through the Aboriginal component of the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) such as midwife training programs, health and social services projects and telehealth and to improve the coordination and integration of federal Aboriginal ECD programs.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Report on work with provinces and territories in a collaborative approach with NAOs to identify common priorities and opportunities for collective action, through the F/P/T advisory committee structure	On September 13, 2004 at a Special Meeting of First Ministers and Aboriginal Leaders, agreement was reached to work together to develop an Aboriginal Blueprint. The focus of the Blueprint is to improve the health status of Aboriginal peoples and health services in Canada through concrete initiatives. We continued to work with provinces and territories and Aboriginal groups on the development of the Blueprint on Aboriginal Health. In December 2004, federal, provincial and territorial Deputy Ministers of Health met and approved the Aboriginal Health Reporting Framework which allows for the engagement of Aboriginal groups in the development of a comprehensive framework.
Report on ongoing work with a variety of organizations to implement initiatives funded through the Aboriginal component of the PHCTF, such as midwife training programs, health and social services projects and telehealth	Our Department began the Health Integration Initiative, which explores, develops and analyzes models for better integration of health service delivery to First Nations and Inuit. The overall objective is to improve access and quality of services, to make better use of existing capacity, create economies of scale, respond to community priorities, and produce "win-win" solutions for First Nations and Inuit and provincial/territorial partners. We facilitated and signed agreements with eight First Nations communities to begin integration projects in partnership with the respective regional, district authorities and provincial/territorial governments. The Department continues to analyze and describe models of primary health care for First Nations and Inuit. Some of these activities include: analysis of provincial/territorial primary health care policies including quality improvement models and their linkages to First Nations and Inuit health systems; discussions with First Nations and Inuit stakeholders to describe options for a quality improvement approach; support of continuous quality improvement through accreditation in the First Nations health system environment, and coordination to integrate quality improvement and health planning at the community level.
Integration of federal ECD programs by working with INAC, HRSDC and SDC to improve the coordination and integration of federal Aboriginal ECD programs	Health Canada, HRSDC and INAC worked together to develop a plan to facilitate joint planning, training, and co-location of the First Nations and Inuit Child Care and AHSOR programs. Health Canada, HRSDC and the Public Health Agency of Canada (PHAC) collaborated to develop the first joint national training event for ECD workers, Growing Together under One Sky. This brought together 1,000 participants from AHSOR, Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities, and First Nations and Inuit Child Care Initiative (FNICCI) projects to share knowledge and tools to improve ECD community programs and services.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Development of community health plans to increase First Nations and Inuit communities' capacity to meet the health needs of members, increase accountability and achieve integration of services where viable	Seven communities developed community health plans, which we reviewed and assessed. The communities reflected a broad mix of community type, population and remoteness, in various regions across the country.
Increase awareness, uptake and access to mental health and emotional support services by: Ensuring access to the Indian Residential Schools Resolution Canada (IRSRC) Mental Health Support Program to identify and maximize services required for IRS claimants who are actively resolving a legal claim against Canada Work in partnership with Indian Residential Schools Resolution Canada (IRSRC)	Since the Program was established in 2003, 203 claimants have accessed 715 counselling sessions with mental health professionals. Our Department established nine regional coordinator positions and continued to provide support to Aboriginal or Aboriginally-affiliated organizations to deliver 12 front-line regional health support worker positions. We supported national and regional staff training and information sharing activities. Training efforts focused on client skills and their roles within a larger support system. The program provided support to the Aboriginal Healing Foundation's final National Gathering in July 2004. This event brought together thousands of former residential school students, their families, mental health professionals, and researchers to discuss and share information about the IRS healing movement. Indian Residential Schools expenditures: $1,980,146

PRIORITY 4: ONGOING

Strengthen information and knowledge management to improve delivery of health care services and programs

Health Canada faces diverse challenges in harmonizing business needs and health care service delivery requirements with information and communications technologies. In 2004–2005, the Department introduced the new Home and Community Care (HCC) and Diabetes Information Systems and piloted the National Native Addictions Information Management System (NNAIMS) in two treatment centres in the Atlantic region.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Focus on health system renewal by: Implementing the e-Health strategic vision and policy framework Implementing the new Home Care and Diabetes Information Systems Piloting of a new communicable disease and immunization reporting system Rolling out the National Native Addictions Information Management System (NNAIMS)	The e-Health strategic vision and policy framework was finalized and will be approved in 2005–2006. The administrative component of the HCC application has been successfully deployed to 286 First Nations communities and is mandatory for use in reporting on home care contribution agreements for First Nations and Inuit communities. The diabetes component is currently under review. The Public Health Strategy for the new Communicable Disease and Immunization reporting system was adopted. A technical review of NNAIMS was successfully completed and piloting of the system began in all regions. Following the pilot phase, NNAIMS will be deployed to additional treatment centres throughout 2005–2006.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Development of a national Aboriginal ECD service providers network	The Aboriginal Children's Circle of Early Learning was established to facilitate information sharing on best practices, training and professional expertise among ECD workers and professionals. Launched in November 2004, this on-line network is updated regularly in an ongoing effort to better meet the needs of its target audience.
Continue to build and support capacity in First Nations and Inuit communities to identify, understand and control the impact of exposure to environmental contaminants through community-based research, monitoring and analysis activities by delivering the National First Nations Environmental Contaminants Program (NFNECP) and the Northern Contaminants Program	We continued to work in partnership with the AFN in the administration and delivery of community-based environmental health research projects with First Nations communities and organizations. We supported 10 scientific projects with cumulative funding of $1.3 million.

PRIORITY 5: ONGOING

Implement effective evaluation and accountability mechanisms that will improve the management practices of Health Canada and First Nations and Inuit communities

The Department is committed to the principles of due diligence and public accountability by putting in place tools and mechanisms to measure progress and report on results. This includes establishing clear benchmarks of success and implementing effective accountability models for First Nations and Inuit health programs and services. Accountability and responsibility are shared across multiple jurisdictions, between federal and provincial governments, as well as First Nations and Inuit communities. Health Canada works on accountability for compliance with existing laws, regulations and standard accounting practices regarding the use of public funds and, in addition, on accountability as it pertains to performance and reporting on results. We developed new contract management tools, updated the First Nations and Inuit funding agreements templates, further streamlined and reduced duplication of First Nations and Inuit reporting requirements and strengthened management and administrative capacity in First Nations and Inuit contribution agreement recipients.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Implementation of a plan for contract management to provide guidance on contracting procedures	Contract management tools were developed that included a contracting process map, a contract process guide and contracting fact sheets.
Report on the annual agreement update process to fine-tune First Nations and Inuit funding agreements	Results of the second phase of the streamlining of First Nations and Inuit reporting requirements were incorporated into the 2005–2006 agreement templates. Revisions were made to clarify and streamline capital facilities and moveable assets clauses.
Strengthen capacity in the management and administration of funding agreements: Implement the Capacity Development Strategy	Work began on developing a Contribution Agreement Handbook and a Contribution Agreement Toolbox for First Nations and Inuit contribution agreement recipients to strengthen their management and administrative capacity.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Strengthen the evaluation function among First Nations and Inuit programs and services by: Evaluation of Health Services Transfer Policy and the Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) Report on the evaluation initiated for the ECD Strategy, the HCC and NNADAP	The evaluation of the Health Services Transfer Policy showed that overall, the policy has performed satisfactorily. The evidence of the evaluation demonstrates that: First Nations and Inuit organizations have thrived as a result of the policy; service responsiveness has improved; mandatory programs are delivered and the accountability of Chief and Council in health matters has improved from pre-transfer times. The evaluation also identified that several systemic issues such as sustainability, stove piping, reporting burden and capacity, while not directly related to the Transfer Policy itself, have an impact on its success. Based on the findings of the evaluation, the Department will review the Transfer Authority in 2005–2006 and complete the review of the transfer framework in 2006–2007 for implementation in 2007–2008. Preliminary findings from the ADI evaluation demonstrated that over 85 percent of communities have access to diabetes programming. Factors that have contributed to the successful implementation of ADI include: the involvement of First Nations, Inuit, Métis and other Aboriginal partners in the early stages; extensive national, regional and local consultations; and the establishment of relevant steering committees, sub-committees and advisory bodies. The evaluation also determined that the use of culturally relevant information and holistic approaches in programming helped to reach ADI's target audience, and that resources dedicated to strengthening both on and off-reserve capacity are producing more effective prevention and promotion activities. Challenges such as patient compliance with treatment and community remoteness were also identified. A review of the first phase of work under the ECD Strategy was completed and is informing the federal government's efforts to develop a comprehensive "single window" approach for ensuring better integration, coordination, accountability and reporting for federal Aboriginal ECD programs. Also under the ECD Strategy, in 2004–2005, work was pursued in consultation with various stakeholders to develop content for the Aboriginal Children's Sur . y (ACS). The ACS is to be conducted in fall 2006, and will provide data on Aboriginal children under the age of six which is meaningful to Aboriginal people, governments, and other interested parties. NNADAP set the groundwork for a program-wide evaluation that is scheduled to take place in 2005–2006. The first phase of this work included a comprehensive literature review that will provide the basis for an addictions evaluation framework. It will also support the development of a long-term addictions evidence-based strategy that will result in several research activities being conducted over time.
Report on streamlining of reporting requirements for First Nations and Inuit	Reporting schedules were grouped together to further streamline and reduce duplication resulting in a further reduction in data element reporting. The results were incorporated into the reporting schedules for 2005–2006 contribution agreements.

Strategic Outcome:
Safe Health Products and Food for Canadians

Relevant Outcome in "Canada's Performance":
Healthy Canadians with Access to Quality Health Care

Objective

Health Canada contributes to maintaining and improving the health of Canadians by evaluating and monitoring the safety, quality and effectiveness of drugs, vaccines, medical devices, natural health products and other therapeutic products, as well as the safety and quality of the foods available to Canadians. Our legislated mandate also includes evaluating and monitoring the safety, quality and effectiveness of veterinary drugs sold in Canada, and the safety of foods derived from animals treated with those drugs. Health Canada also provides authoritative health information and works to promote conditions that enable Canadians to make healthy choices and informed decisions related to health products, food and nutrition.[5]

Financial Information

2004–2005 (MILLIONS OF DOLLARS)

	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Gross expenditures	224.1	238.8	218.7
Revenues	(40.7)	(40.7)	(34.7)
Net expenditures	183.4	198.1	184.0*
FTEs	1,953	1,971	1,849

* *This represents 42.1 percent of Health Promotion and Protection actual spending (excluding the Public Health Agency of Canada).*

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- additional funding for BSE in the areas of risk assessment and targeted research
- additional funding for the Therapeutics Access Strategy (TAS)
- transfers to other government departments for the Canadian Biotechnology Strategy

[5] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/index_e.html

The actual spending is $14 million lower than total authorities mainly due to:

- TAS funding to be carried forward for future year requirements such as the Therapeutic Products Safety Initiative
- year end adjustments and lower than expected expenditures in various programs

Intermediate outcomes

- Positive health outcomes through safe and effective health products, and safe and nutritious food
- Canadian scientists, health professionals and industry contributing to public health and health innovation
- Public confidence and trust in the safety of health products, food and the regulatory system

Immediate outcomes

- Improved timeliness, transparency and predictability of the regulatory process
- Expanded international collaboration and national cooperation
- Enhanced information sharing with key health science and innovation partners and stakeholders
- Improved awareness and informed decisions concerning health products, food and nutrition by Canadians
- Enhanced public involvement in health products, food and nutrition policy, regulatory decision-making, program development and implementation
- Industry compliance with safety regulations and standards

Priorities

- Transforming our efficiency, effectiveness and responsiveness as a regulator
- Providing authoritative information for healthy choices and informed decisions by Canadians
- Increasing responsiveness to public health issues and greater vigilance concerning safety and therapeutic effectiveness in real world use
- Improving transparency, openness and accountability to strengthen public trust and stakeholder relationships

Program, resources and results linkages

Program	Actual Expenditures[1] ($M)	Result Linkage
Pre-market Regulatory Evaluation and Process Improvement	86.7	Conducts pre-market regulatory review of human and veterinary drugs, biologics, genetic therapies, medical devices, natural health products and foods. Through the Therapeutics Access Strategy, continues to improve the timeliness, transparency and predictability of its pre-market reviews of therapeutic products for human use, benchmarking them against leading international practices, while maintaining Health Canada's high safety standards.
Information, Education and Outreach on Health Products, Food and Nutrition	5.9	Supports informed decisions and healthy choices by consumers, patients and health professionals through a broad range of activities linked to health products and food, including nutrition policies and standards such as *Canada's Food Guide to Healthy Eating*.
Monitoring Safety and Therapeutic Effectiveness and Risk Management	82.9	Enhances post-market surveillance of safety and therapeutic effectiveness. This is done by exercising greater vigilance around safety and therapeutic effectiveness issues once products reach the market and by collecting information on adverse reactions to health products in Canada. Identifies and assesses health and safety risks and alerts the public to any problems; conducts compliance activities to ensure that health products available in Canada meet Canadian and international standards for safety, quality and efficacy.
Transparency, Public Accountability and Stakeholder Relationships	8.5	Strengthens transparency, openness and accountability through increased public involvement initiatives and improved annual plans and reports.

[1] *The title has been changed from Resources to Actual Expenditures for clarification.*

Executive Summary

Canadians continue to demonstrate a high level of satisfaction with the safety of the health products and food they consume. As the federal authority responsible for the regulation of health products and food, we evaluate and monitor the effectiveness of thousands of drugs (human and veterinary), vaccines, blood and blood products, biologics and genetic therapies, medical devices and natural health products, as well as the safety of the foods that Canadians eat. A key element of our work is to provide useful information about risks and benefits related to health products and food so that Canadians can make informed decisions about their health and well-being.

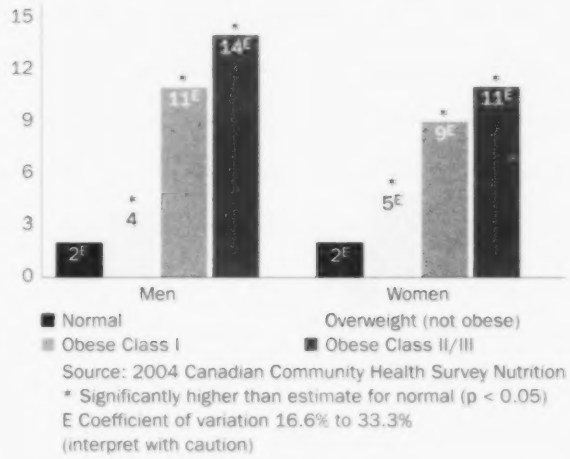
Our ongoing regulatory responsibilities span the life cycle of health products and food, from clinical trials to surveillance, compliance, and enforcement. The scope of our work is significant with more than 22,000 human drug products and 40,000 medical devices on the Canadian market. We also face challenges associated with rapid advances in technology and scientific breakthroughs. We meet these challenges by drawing on sound science and effective risk management in making evidence-based decisions to support safe health products and food for Canadians.

Our Department continued the implementation of the Therapeutics Access Strategy (TAS) which has led to substantial improvements in the timeliness and efficiency of our review process for therapeutic products.

We also continued the development of an international regulatory cooperation framework to forge stronger links and closer collaboration within the increasingly globalized environment. This forward looking strategy will increase the efficiency and effectiveness of international activities that help us keep pace with globalization, public health trends, and technological change. In turn, these improvements will inform and strengthen our domestic regulatory actions.

Another important initiative we began developing with Agriculture and Agri-Food Canada (AAFC), the Canadian Food Inspection Agency (CFIA), and others is the National Food Policy Framework (NFPF). This federal/provincial/territorial initiative intended to provide for more effective inter-governmental collaboration and cooperation on priority food policy issues. It will also facilitate implementation at the program level across the various jurisdictions and portfolios with responsibilities linked to food. Eventually it should result in improved food system management in Canada; strengthened food safety; increased contribution of Canada's food system to healthy eating; support for an innovative, sustainable, and prosperous food sector; and protection and promotion of consumer interests.

Prevalence of diabetes, by BMI category and sex, household population aged 18 or older, Canada excluding territories, 2004 (%)



Source: 2004 Canadian Community Health Survey Nutrition
* Significantly higher than estimate for normal ($p < 0.05$)
E Coefficient of variation 16.6% to 33.3% (interpret with caution)

Canadians, health professionals and educators are becoming more knowledgeable and sophisticated about managing health and are seeking more information to make decisions and healthy choices. It is important, therefore, that Health Canada's dietary guidance be up-to-date in light of current science and changes in our food environment. The revision of *Canada's Food Guide to Healthy Eating*, which continued throughout 2004–2005, will ensure that the Department continues to provide information that promotes a pattern of eating that meets nutritional needs, promotes health and minimizes the risk of nutrition-related chronic disease. Obesity, which has gained prevalence in Canada over the past 25 years, is an important factor that puts people at a greater risk for developing such diseases as Type II diabetes.[6]

Canadians expect their governments to be responsive, open, transparent and accountable. To this end, we

[6] http://www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/82-620-MIE2005001.htm

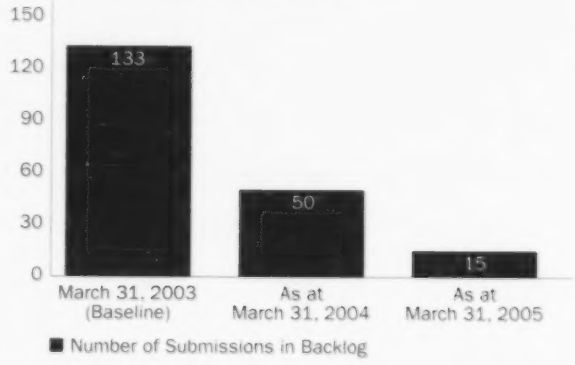
developed and implemented effective mechanisms to ensure that Canadians and stakeholders are appropriately informed, that their views are heard and that governments are held accountable for how public expertise and advice are used.

Collectively, these and other actions were framed within four priorities in 2004–2005 towards the safety of health products and food for Canadians.

PRIORITY 1: ONGOING

Transforming our efficiency, effectiveness and responsiveness as a regulator

Canada, as with all leading industrialized nations, faces challenges and opportunities as technology and science rapidly advance. Canadians expect timely access to innovative therapeutic products and safe food. This has placed enormous pressure on our regulatory system and scientific capacity to keep pace so that Canadians have confidence in our high standards of safety, and industry can benefit from an internationally comparable regulatory environment. Making good use of resources and knowledge from other agencies and governments contributes to more informed, consistent and timely decisions. It can also lead to joint standards and practices, promote technological innovation, and ultimately, support greater access for Canadians to the latest therapeutic products and methods. In 2004–2005, we made significant progress towards regulatory efficiency, effectiveness, and responsiveness as demonstrated through our performance on commitments.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Meet performance targets on review of new drug submissions 90 percent of the time in 2005–2006 for pharmaceuticals and in 2006–2007 for biologics and genetic therapies, including elimination of backlogs. We will do this without reducing public safety by re-engineering review processes, increasing our science capacity and applying project management and other quality systems to review processes. We will also apply these systems to submissions of generic drugs, veterinary drugs and novel foods	New investments through TAS led to a reduction in the backlog of reviews of new pharmaceutical drug submissions by 89 percent from April 2003 to March 2005. In biologics, the backlog of submissions for new drugs was reduced by 7 percent over the same time period. In 2004, 25 percent of regulatory decisions for new pharmaceutical drug submissions were made within time targets, almost doubling from 13 percent in 2003. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2005-therap-strateg/index_e.html **Progress in Backlog Reduction of Submissions for New Pharmaceutical Drugs**  Management tools and approaches for improvement continue to be implemented to meet performance targets.

Executive Summary

Canadians continue to demonstrate a high level of satisfaction with the safety of the health products and food they consume. As the federal authority responsible for the regulation of health products and food, we evaluate and monitor the effectiveness of thousands of drugs (human and veterinary), vaccines, blood and blood products, biologics and genetic therapies, medical devices and natural health products, as well as the safety of the foods that Canadians eat. A key element of our work is to provide useful information about risks and benefits related to health products and food so that Canadians can make informed decisions about their health and well-being.

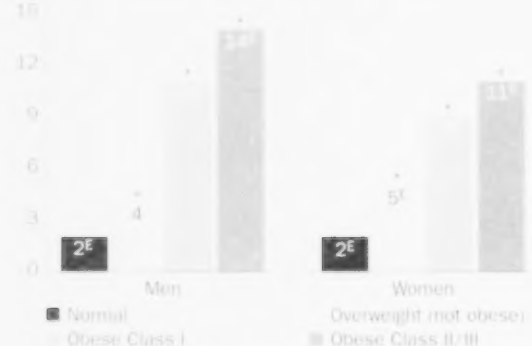
Our ongoing regulatory responsibilities span the life cycle of health products and food, from clinical trials to surveillance, compliance, and enforcement. The scope of our work is significant with more than 22,000 human drug products and 40,000 medical devices on the Canadian market. We also face challenges associated with rapid advances in technology and scientific breakthroughs. We meet these challenges by drawing on sound science and effective risk management in making evidence-based decisions to support safe health products and food for Canadians.

Our Department continued the implementation of the Therapeutics Access Strategy (TAS) which has led to substantial improvements in the timeliness and efficiency of our review process for therapeutic products.

We also continued the development of an international regulatory cooperation framework to forge stronger links and closer collaboration within the increasingly globalized environment. This forward looking strategy will increase the efficiency and effectiveness of international activities that help us keep pace with globalization, public health trends, and technological change. In turn, these improvements will inform and strengthen our domestic regulatory actions.

Another important initiative we began developing with Agriculture and Agri-Food Canada (AAFC), the Canadian Food Inspection Agency (CFIA), and others is the National Food Policy Framework (NFPF). This federal/provincial/territorial initiative intended to provide for more effective inter-governmental collaboration and cooperation on priority food policy issues. It will also facilitate implementation at the program level across the various jurisdictions and portfolios with responsibilities linked to food. Eventually it should result in improved food system management in Canada; strengthened food safety; increased contribution of Canada's food system to healthy eating; support for an innovative, sustainable, and prosperous food sector; and protection and promotion of consumer interests.

Prevalence of diabetes, by BMI category and sex, household population aged 18 or older, Canada excluding territories, 2004 (%)



Source: 2004 Canadian Community Health Survey Nutrition
* Significantly higher than estimate for normal ($p < 0.05$)
E Coefficient of variation 16.6% to 33.3% (interpret with caution)

Canadians, health professionals and educators are becoming more knowledgeable and sophisticated about managing health and are seeking more information to make decisions and healthy choices. It is important, therefore, that Health Canada's dietary guidance be up-to-date in light of current science and changes in our food environment. The revision of *Canada's Food Guide to Healthy Eating*, which continued throughout 2004–2005, will ensure that the Department continues to provide information that promotes a pattern of eating that meets nutritional needs, promotes health and minimizes the risk of nutrition-related chronic disease. Obesity, which has gained prevalence in Canada over the past 25 years, is an important factor that puts people at a greater risk for developing such diseases as Type II diabetes.

Canadians expect their governments to be responsive, open, transparent and accountable. To this end, we

http://www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/82-620-MIE2005001.htm

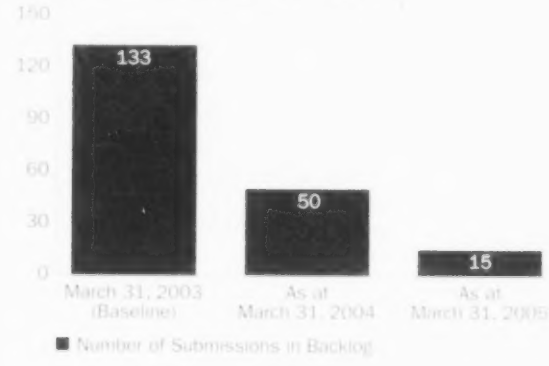
developed and implemented effective mechanisms to ensure that Canadians and stakeholders are appropriately informed, that their views are heard and that governments are held accountable for how public expertise and advice are used.

Collectively, these and other actions were framed within four priorities in 2004–2005 towards the safety of health products and food for Canadians.

Priority 1 – Ongoing

Transforming our efficiency, effectiveness and responsiveness as a regulator

Canada, as with all leading industrialized nations, faces challenges and opportunities as technology and science rapidly advance. Canadians expect timely access to innovative therapeutic products and safe food. This has placed enormous pressure on our regulatory system and scientific capacity to keep pace so that Canadians have confidence in our high standards of safety, and industry can benefit from an internationally comparable regulatory environment. Making good use of resources and knowledge from other agencies and governments contributes to more informed, consistent and timely decisions. It can also lead to joint standards and practices, promote technological innovation, and ultimately, support greater access for Canadians to the latest therapeutic products and methods. In 2004–2005, we made significant progress towards regulatory efficiency, effectiveness, and responsiveness as demonstrated through our performance on commitments.

Key Commitments 2004–2005	Results Achieved
Meet performance targets on review of new drug submissions 90 percent of the time in 2005–2006 for pharmaceuticals and in 2006–2007 for biologics and genetic therapies, including elimination of backlogs. We will do this without reducing public safety by re-engineering review processes, increasing our science capacity and applying project management and other quality systems to review processes. We will also apply these systems to submissions of generic drugs, veterinary drugs and novel foods	New investments through TAS led to a reduction in the backlog of reviews of new pharmaceutical drug submissions by 89 percent from April 2003 to March 2005. In biologics, the backlog of submissions for new drugs was reduced by 7 percent over the same time period. In 2004, 25 percent of regulatory decisions for new pharmaceutical drug submissions were made within time targets, almost doubling from 13 percent in 2003. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2005-therap-strateg/index_e.html **Progress in Backlog Reduction of Submissions for New Pharmaceutical Drugs**  Management tools and approaches for improvement continue to be implemented to meet performance targets.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	We also exceeded our 90 percent performance target to review all veterinary drug submission data packages older than 18 months as of April 1, 2004 in keeping with our RPP commitment to apply tools and approaches to submissions that are not funded by TAS. We're in the process of working on quality systems in novel food reviews, becoming more transparent in terms of making Web postings and engaging external experts in Food Rulings.
Implement strategies that support earlier engagement with industry, patient and consumer groups, and other stakeholders in drug development	Actions taken included a wider representation in pre-clinical trial application meetings with industry stakeholders through the inclusion of clinical, quality/chemistry and manufacturing scientific reviewers.
Implement Good Guidance Practices to help industry improve the quality of submissions as well as Good Review Practices to ensure high-quality reviews	As part of Good Review Practices, new review templates and standard operating procedures have been aligned to enable the acceptance of submissions using the International Conference on Harmonization Common Technical Document format (CTD). The CTD format is used by several countries, including Canada, the United States, Europe, Japan, and Australia. A common international format makes it easier for submissions to be filed in various countries at the same time, helping to reduce the regulatory burden on manufacturers. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/applic-demande/guides/qualit/prod/index_e.html A Good Guidance Practices Framework is under development to support high quality submissions by industry. A process map and standard operating procedures for developing guidance documents have been drafted and are under review. A guidance needs assessment was conducted via internal and external consultations in summer 2004. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/consultation/ggp_grp_notice_bpld_bpe_avis_e.html
Continue to support scientific research in emerging technology areas such as genetic therapies and novel drug delivery systems to inform regulatory guidance to industry and review practices	We conducted research in the areas of genetic therapies to reduce blood clots and novel drug delivery systems. Scientific papers of our research results were published in peer-reviewed international scientific journals such as Biochemical and Biophysical Research Communications.
Develop a biotechnology stewardship framework to enable responsible introduction of new discoveries through novel and appropriate regulatory mechanisms and evaluate the establishment of a Code of Practice for all stakeholders conducting policy, regulation and research activities	The Department received $360,000 from the Canadian Biotechnology Strategy Fund to support the development of a framework and to investigate a Canadian Code of Practice for Biotechnology. In 2004–2005, federal consultation on a draft framework was completed. A Code of Practice has been proposed as a means of implementing the framework to enable policy, regulatory and research activities. An initial government workshop has been held to address the scope and direction of the Code. The initiative is targeted for completion by 2007.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Implement a new Memorandum of Understanding (MOU) with the US Food and Drug Administration (FDA) to support a more efficient therapeutic product evaluation process that allows faster public access to important new therapies and quicker identification of risks associated with marketed health products	Within the MOU Implementation Plan, the Department identified several priorities: • retrospective comparison of drug application reviews in Canada and the US; • pilot project on Sharing of Review Packages; • keep each other informed of Clinical Trials conducted in each jurisdiction; and • share information on drug safety, including public advisories on COX-2 inhibitor nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). These drugs are used for controlling pain and inflammation associated with rheumatic diseases and other less severe conditions.
Pilot a joint product submission review project with Australia's Therapeutic Goods Administration (TGA), which will allow the Department to share information while safeguarding our high safety, efficacy and quality standards	In April 2004, a MOU for general information-sharing was signed with the TGA to facilitate the exchange of software designed to reduce medical errors and to initiate discussions on the development of the joint product submission review. The project could be a model for future cooperation between the two agencies on regulation of high risk medicines. In addition, an expanded MOU was signed with Food Standards Australia/New Zealand to work cooperatively on matters of mutual interest. These include evaluations of novel foods, quantitative microbial risk assessment, and health claims for foods and food fortification.
Develop an international regulatory cooperation strategy in 2004–2005 to provide a longer-term approach to our international collaboration efforts in such areas as food, nutrition and health products	We consulted other departments (e.g. Department of Foreign Affairs and International Trade, Privy Council Office) and other policy stakeholders (e.g. Policy Research Institute) in the development of a framework for release in fall 2005. This tool will enable us to carry out international activities in a more strategic and outcomes-based approach in support of the TAS.
Implement an electronic scientific Laboratory Information Management System (LIMS) supporting biologics and genetic therapies work to achieve accreditation for our laboratories in accordance with international quality standards	We launched LIMS pilot lab testing activities, providing an inventory of information concerning testing for biological products that may present high risks.
Continue working with Japan, the European Union and the United States to reduce duplication and testing of new medicines, including collaboration with the UK's National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC) to improve information-sharing on research and testing methodologies	To reduce duplication, we continued to work on ICH (International Conference on Harmonization) expert Working Groups, particularly related to the Quality of Biotechnology Products, where a key guideline is in the process of being posted on our Web site. We were also involved in ICH working groups in the Department, including one on post-marketing and an emerging one. This work will directly impact drug product databases, the exchange of drug product information and drug safety. Discussions began on an MOU with NIBSC to transfer some technologies/methodologies regarding the testing of new medicines; however, the MOU has not yet been finalized due to a variety of factors, including a restructuring at NIBSC and priorities such as Peer Review within Health Canada. Efforts will be made to finalize the NIBSC MOU by the end of 2005–2006.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Implement an electronic review system to modernize our approach to health product submissions and improve accessibility to information during the review process and over the product life cycle	E-Review represents a multi-year initiative designed to establish a fully automated electronic system to support the submission and review of drugs and therapeutic products and to ensure that we maintain pace with other leading regulatory agencies, International Conference on Harmonization (ICH), pharmaceutical industries, and health care associations. In 2004–2005, we rolled out the tracking system and began to test the Records and Document Information Management System. There was also ongoing development of the new veterinary drugs Emergency Drug Release system. Data migration of approximately 15,000 records dating back to 1980 has been successfully completed from the current to the new system.
Develop a new regulatory framework that implements cutting-edge ICH standards for drug manufacturing practices that will result in greater regulatory oversight of the quality of the active pharmaceutical ingredients in drugs used by Canadians	As part of an ongoing commitment to develop, adopt, and implement international technical standards for the development, registration, and control of pharmaceuticals, we continued to actively participate in the ICH. A number of draft guidance documents were also released for industry consultation in 2004–2005. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applic-demande/guide-ld/ich/index_e.html
Begin to implement the Natural Health Products (NHPs) Regulations, which were introduced in January 2004	We spent over $10 million in the implementation of the framework to provide Canadians with access to NHPs that are safe, effective, and of high quality, while respecting freedom of choice and philosophical and cultural diversity. The consumer will benefit from having more information on NHP labels to make informed decisions. As well, having the products go through the regulatory review system will increase consumer confidence in the safety and efficacy of NHPs and assure consumers that health claims are supported by appropriate levels of evidence. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/faq/question_consum-consom_e.html
Implement a new guideline that sets out the regulatory expectations for the inclusion of children in clinical trials for therapeutic products	The number of medicinal products currently labelled for paediatric use is limited. Accordingly, the Department is developing new guidelines to encourage manufacturers to file submissions with paediatric usage information where this information exists in the labelling in other jurisdictions. In 2004–2005, we began to receive paediatric labelling data. This initiative will lead to enhanced safety and efficacy by providing more appropriate labelling information for use of medicinal products in the paediatric population. In addition, amendments to the Food and Drug Regulations were published in *Canada Gazette*, Part I. The proposed changes involve a provision for manufacturers of an extended period of data protection if they have conducted paediatric clinical studies or can provide data from their own paediatric studies elsewhere.

PRIORITY 2: ONGOING

Providing authoritative information for healthy choices and informed decisions by Canadians

Canadians continue to be active in their search for reliable, evidenced-based information for making healthy choices. Nutritional information can make a positive contribution to the protection and promotion of health. Accordingly, in 2004–2005, we increased efforts to provide timely, evidence-based information about food, nutrition and health products. This included the distribution of two million copies of *Canada's Food Guide to Healthy Eating* (CFGHE). The CFGHE Web page also registered a 15 percent increase in visits and was the most visited page on the Health Canada Web site.[7]

Canadians are among the highest consumers in the world of trans fatty acids which science has shown to increase the risk of heart disease. To assist consumers in reducing their intake, we announced mandatory labelling of trans fat on food products on January 1, 2003, becoming the first country in the world to do so. In 2004–2005, we remained committed to implementing new Nutrition Labelling Regulations which require that trans fats be listed on the labels of most pre-packaged foods by December 12, 2005. Nutrition facts tables have already begun to appear on food labels, and will be mandatory in December 2005. Additionally, in 2004–2005, we spent $300,000 to establish a multi-stakeholder task force to investigate and make recommendations to significantly reduce trans fats in the diet of Canadians and facilitate healthy food choices.[8]

As a result of these and other efforts, over 70 percent of Canadians have rated the Department as doing a good-to-excellent job in preparing the CFGHE, and 67 percent see the Department as encouraging Canadians to live healthy lifestyles.[9]

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Review dietary guidance, including CFGHE, to ensure it continues to promote a pattern of eating that meets nutrient needs, promotes health and minimizes the risk of nutrition-related chronic disease. The review will ensure that this guidance reflects the most current scientific evidence concerning the relationships between diet and health and provides authoritative information to help Canadians make healthy choices about the food they eat	We conducted research to provide input on how to make our dietary guidance, including the CFGHE, more widely applicable and appealing to Canadians. Food pattern modelling was conducted to guide the inclusion of quantities and types of food groups in the CFGHE. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/revision/index_e.html Two new infant feeding recommendations were published and approximately 40,000 copies of resource materials were disseminated to health professionals through print materials, the Web site and inserts in professional journals. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/child-enfant/infant-nourisson/infant_feeding-nutrition_nourrisson_e.html
Continue to raise awareness about the new nutrition labelling requirements on food that came into effect in 2003 and how the labels can be used to make healthy food choices	New regulations published on January 1, 2003 made nutrition labelling mandatory on most food labels. Over 300,000 copies of the nutrition labelling tearsheet for consumers and over 30,000 posters were distributed, including distinct resources for First Nations and Inuit. A series of articles was also produced for distribution to the media. http://www.healthcanada.gc.ca/nutritionlabelling http://www.phac-aspc.gc.ca/guide/

7 http://www.hc-sc.gc.ca/home-accueil/tour/questions_e.html#7

8 http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/e_trans_fat.html

9 A Report to Health Canada: 2005 Annual Performance Survey, The Strategic Counsel, March 2005.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Make documents available to the public that outline the scientific and risk-based reasons for our decisions regarding health products and food and nutrition	The Summary Basis of Decision (SBD) explains the reasons for granting market authorization based on scientific evidence and a review of risks and benefits. We completed a pilot project in May 2004 to publish information on how decisions were made to grant market authorization for two new drug products and a medical device. In June 2004, we consulted with stakeholders on the overall initiative. The launch of the first phase of the SBD project occurred in January 2005. It included the development, publication, and Web site posting of SBDs. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/proj/sbd-smd/index_e.html We also published four issues of the *Canadian Adverse Reaction Newsletter*. It reached 64,000 Canadian physicians, as well as 1,300 US and 404 foreign physicians. In addition, 28,000 copies were mailed to pharmacists and other interested parties. It was posted on our Web site and sent via the Health Product Information electronic mailing list to 10,000 subscribers. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/index_e.html We strengthened the Health Canada education campaign through distribution of food safety messages on magnets to consumers who could be at high risk. These include university students living away from home and, in some cases, learning to cook for the first time. We also continued to promote the basic "Fight Bac!" campaign messages on how to minimize risks from food-borne bacteria. A TV spot promoting these messages and the proper cooking techniques for hamburger, which was launched in 2002, was reissued in 2004. http://www.canfightbac.org/english/indexe.shtml
Improve product monograph requirements for drugs, beginning in 2004, including a new consumer information section	This was finalized and reported on in Health Canada's Departmental Performance Report for the period ending March 31, 2004.
Implement an enhanced biotechnology Web site in 2004–2005 to more effectively address the needs of consumers	We finalized an Information Architecture (IA) for our biotechnology Web site. It covers biotechnology with a focus on the regulatory system for food, health, environment, and drugs and health products, made through biotechnology. Over half of the content for the Web site has been drafted and edited.
Continue to use other communication tools, such as fact sheets, brochures and exhibits to improve awareness of and confidence in health-related biotechnology	The biotechnology exhibit travelled to three venues where target audiences were mainly industry and academia. Fact sheets and promotional material regarding our biotechnology Web site were distributed.
Invest $240,000 over the next three years to create a research network to investigate the use of herbal medicines by the Cree Nation to prevent and potentially treat Type II diabetes	We consulted with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Institute of Aboriginal Peoples' Health (IAPH). Funding was made to facilitate IAPH's involvement in future research partnerships and to allow for larger investment by the Natural Health Products Research Program (NHPRP) in future research projects.
Allocate $300,000 over three years to a research network on natural health products that brings together leading academic researchers and natural health practitioners	The Canadian Interdisciplinary Network on Complementary and Alternative Medicine (INCAM) is two years into a five-year funding envelope. In partnership with the CIHR, the NHPRP invested $50,000 in 2004–2005 as part of a multi-year investment totalling $300,000 to establish a research network on natural health products. http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/16458.html

PRIORITY 3: ONGOING

Increasing responsiveness to public health issues and greater vigilance concerning safety and therapeutic effectiveness in real world use

Canadians expect that the food and therapeutic products for sale in Canada are safe. To achieve this, we engaged in a number of ongoing activities to strengthen our surveillance capacity and to become more responsive to public health issues, including those impacting children. We also increased awareness of adverse reaction reporting and risk communications through a number of tools such as newsletters and advisories. An extensive public opinion survey conducted in December 2003 of consumers and health professionals[10] continued to inform improvements needed to increase the effectiveness of current methods used to communicate health product safety information. Not only did this enable us to further minimize risk and maximize safety for Canadians, but it increased our ability to support informed decision-making on health issues.

When external reports indicated findings of higher-than-average levels of chemical fire retardants in farmed salmon than in wild salmon, we conducted research to better understand the toxicological effects of these substances on humans through various sources of exposure. Based on data gathered from these studies, we concluded that the levels found in food, and specifically farmed fish, did not pose an unacceptable health risk. We will continue our surveillance work at national and international levels to ensure that the intake of these substances does not represent a health risk.

Our collaboration with the CFIA will significantly strengthen Canada's Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) safeguards, placing us in a much stronger position to prevent future crises, protect animal health and keep our food safe. Our work to set MRLs for veterinary drugs in food derived from animals ensures that residues of these drugs in the tissues of treated animals pose no risk if ingested daily by humans over a lifetime.

As a result of these and other efforts, Canadians have responded positively to our efforts with over 70 percent indicating that the Department is doing a good-to-excellent job in ensuring the safety of pharmaceutical and food products.[11]

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Identify and assess product health and safety risks, alert the public and manage those risks in a manner that shares responsibility appropriately with industry, stakeholders and Canadians	We maintained the Health Product Information electronic mailing database with 10,000 subscribers, an 18 percent increase over the previous year. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/subscribe-abonnement/index_e.html Included in this mail-out is the quarterly *Canadian Adverse Reaction Newsletter* to alert health professionals to adverse reactions reported in Canada. It is seen as an authoritative source with citations in other medical/health professional journals as well as the media which demonstrates a high interest in drug safety issues. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/index_e.html In a continued effort at risk communication for human health products, 115 advisories were posted on the departmental Web site—60 health professional advisories and 55 public advisories, including one on COX-2 inhibitor NSAIDs. This represents a 51 percent increase compared to the previous year. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2004/2004_69_e.html

[10] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/research-recherche/decima_2003_final_rep-rapp_e.html

[11] A Report to Health Canada: 2005 Annual Performance Survey, The Strategic Counsel, March 2005.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Take action to further protect the food supply against the risk of BSE or "mad cow disease" by banning specified risk materials from entering the human food chain	The Department spent approximately $2 million on BSE measures including risk assessment and research on the risks to Canadians from eating domestically produced beef and beef products. Along with the CFIA, we enacted new feed controls and intensified surveillance, which will significantly strengthen Canada's BSE safeguards, placing us in a much stronger position to prevent future crises, protect animal health and keep our food safe.
Increase overall responsiveness to public health and safety issues associated with food, nutrition and health products, as well as develop a new program to assess the therapeutic effectiveness of health products on the market	We used a database for the storing, assessment and retrieval of adverse reaction reports. Causality assessments were performed on 1,000 of these reports. Also, we enhanced activities regarding the assessment of Periodic Safety Update Reports (PSURs) related to veterinary health products, and have begun incorporating the use of these documents in pre-market and post-market evaluations. PSURs are documents produced by drug manufacturers, which summarize the worldwide post-market safety and efficacy experience of a health product. We initiated the development of quarterly reports outlining the nature and potential causality of adverse drug reaction reports received. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/vet/advers-react-neg/index_e.html We developed and completed an analysis on the availability of comprehensive information concerning the effectiveness and safety of health products for use in children and on safe and nutritious food for them to consume. This work laid the foundation for the new Office of Paediatric Initiatives which serves as the focal point for an integrated approach to a number of issues affecting children. These issues range from food and nutrition to drug and immunization safety and the safe use of other therapeutic and diagnostic products. We also funded and participated in the development of national standards for blood safety and published guidance for Good Manufacturing Practices for radio-pharmaceuticals and for reducing medical error through the "look-alike/sound-alike" initiative. The Department is working with provincial and territorial partners under the National Pharmaceuticals Strategy to strengthen real-world safety and effectiveness of human drugs.
Strengthen risk communications to patients, the public and health professionals through greater cooperation with internal and external partners, new guidance to industry on communication with health professionals and the public and by informing Canadians about food and nutrition-related health risks	We continued to provide timely and informative risk communications for dissemination to the public and health professionals. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/index_e.html

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Continue to play a critical leadership role in the delivery of the Food Safety component of the Agricultural Policy Framework focusing on the development of policies and intervention strategies to address public health hazards at the farm level and collaborate with AAFC and the CFIA to review industry-developed, on-farm food safety programs and assist industry to effectively address public health hazards such as food-borne diseases, by investments of $32.5 million over five years	Under the Agricultural Policy Framework, we continued to work closely with AAFC, CFIA and the Public Health Agency of Canada to develop policies and standards by 2007–2008 to enhance on-farm food safety and assist industry to effectively address public health hazards. In this regard, more than 40 policy, standard-setting and research projects were begun. Key projects were: • strategy development for enhancing the safety of raw foods of animal origin; • on-farm policy coordination and support to policy development; • communication and education related to on-farm food safety systems; • an integrated national system that addresses food safety by enhancing the engagement of stakeholders towards development of a National Food Policy Framework; and • review of industry developed on-farm food safety plans. We participated in one technical review. Preparations by industry for six technical reviews are in the queue. Twenty-one national producer organizations have expressed interest in technical reviews by the Department. There were also five key research projects such as the development of rapid molecular techniques to detect *E. coli* in foods and development and validation of analytical methods for a natural toxin in milk.
Continue to set MRLs for veterinary drugs in foods derived from animals	We established five additional MRLs bringing the total to 184, a level comparable to other international bodies. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/vet/mrl-lmr/index_e.html
Continue to conduct the Total Diet study, and make data from the study publicly accessible on our Department's Web site	We spent $500,000 on Total Diet studies to monitor the amount of nutrients as well as contaminants (e.g. lead, mercury, arsenic) and other chemicals in the food supply, since ingestion of excessive amounts of contaminants can have detrimental effects on consumers' health. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/total-diet/index_e.html
Work with Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information to improve surveillance activities that provide reliable, timely information about Canadians' dietary intake and nutritional well-being	With an investment of more than $350,000, we jointly developed and implemented the Canadian Community Health Survey (CCHS), Cycle 2.2, and Nutrition Focus. The CCHS is a federal survey aimed at providing health information at the regional and provincial levels. It is the data source for many of the health indicators generated by Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/index_e.html
Establish new regional centres across the country for reporting adverse drug reactions and increase efforts to communicate adverse drug reaction information to the public in a timely fashion	Two new Adverse Reaction Centres in Manitoba and Alberta were added to the five Regional Centres in April 2005. They serve as points-of-contact for the Canadian Adverse Drug Reaction Monitoring Program. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advers-react-neg/fs-if/fact_cadrmp_e.html We completed initial work on a medication incident reporting system called "MedEffectCanadaMedEffet". This single window Internet portal will be used to gather information on adverse reactions, medication problems, and provide updated information to the health care community on safe product use.
Develop a new post-approval program to monitor therapeutic effectiveness	We are building a new program to assess the therapeutic effectiveness of health products after they reach the market. One component of that program is the purchase of effectiveness data through a contract with Intercontinental Medical Statistics (IMS) to conduct targeted, post-market assessments.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Continue work to establish a medication incident reporting system	In cooperation with the US FDA and the European Medicines Agency, we continued work on the implementation of an improved adverse drug reaction information system for Canada called the Adverse Reaction Reporting Database. A strong external program is maintained through a national network of regional reporting centres across Canada. Linkages with all levels of government are in place to ensure coordination of reporting and allied data dissemination activities.
Evaluate wireless technology as a tool to report adverse reactions and medical incidents and to broadcast critical safety and effectiveness information	A handheld computer tool was built to Canadian Adverse Drug Reaction Monitoring Program specifications to support the reporting of adverse reactions and the communication of time sensitive information through the Canadian Adverse Drug Reaction Information System. Research testing will be undertaken on this tool in 2005–2006. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/databasdon/agreement_accord_e.html
Examine new surveillance mechanisms to identify serious and life-threatening adverse drug reactions in children. Conduct a two-year study to determine the feasibility of active surveillance to identify serious and life-threatening adverse drug reactions in children 0–18 years	In January 2004, the Department, in collaboration with the Canadian Paediatric Society and the Pharmaceutical Outcomes Programme of the Children's and Women's Health Centre of British Columbia, initiated a two-year study to investigate the feasibility of using active surveillance methods to generate additional data on serious and life-threatening adverse reactions in children under 18 years of age. This survey, the first of its kind in Canada, will help inform the new Office of Paediatric Initiatives. As well, it could inform the establishment of a network of dedicated surveillance staff in children's hospitals across the country. http://www.cps.ca/english/CPSP/Studies/drugreactions.htm
Implement a feasibility study along with a computer application that will screen for "look-alike/sound-alike" (LA/SA) similarities with the possibility of sharing the software with the US FDA	The Department continues to monitor LA/SA health product names. Similarities between LA/SA drug names may pose a risk to health by contributing to medical errors in prescribing, dispensing or administration of a product. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/fs-fi/lasa-pspcs_factsheet-faitsaillant_e.html Pre- and post-market guidelines were published, but we were unable to move ahead at the anticipated pace with the acquisition/implementation of a computer application to screen for LA/SA drug names as privacy concerns created an indefinite delay in signing the agreement between Canada and the United States.
Pursue improved regulatory compliance by industry through post-market inspections. Implement the Medical Device Inspection Program and increase Adverse Drug Reaction Reporting compliance activities	Twenty-four inspections of a target of 50 establishments were carried out for manufacturer compliance with the reporting of adverse drug reactions and unusual failure in efficacy of new drug submissions. Results showed establishments were almost completely compliant with regulations. In response to the 2004 Report of the Auditor General on Medical Devices, the first year of the Medical Device Establishment Inspection Program resulted in more than 45 inspections (target of 70) in 2004–2005. Findings identified a number of areas for establishments to improve to be fully compliant with the regulations. Our inability to meet the desired targets was mainly due to the increased complexity of carrying out inspections for these first-time programs and manufacturers learning what was expected. Over time, we will apply these lessons to improve forecasting as is done with other established programs. http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/20040302ce.html

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Implement a program for compliance inspections of establishments as part of the National Review for Cells, Tissues, and Organs (CTOs)	Following notification to the provinces, compliance inspections for the National Review for CTOs began in March 2005 with five of a total of 120 completed.

PRIORITY 4: ONGOING

Improving transparency, openness and accountability to strengthen public trust and stakeholder relationships

Canadians expect appropriate information, that their views will be heard, and that governments are held accountable for how they use public expertise and advice. 80 percent of Canadians would have a more positive view of government decision-making if they knew it was informed by public input.[12] This is particularly true where the actions and decisions taken by governments have real effect on their lives and on their ability to manage their health. Health Canada recognizes the fundamental importance of public involvement and engagement and the need to build government capacity to support it. In response to these challenges, we developed and implemented many initiatives to support improved public involvement activities, improved public understanding of and input into decision-making processes, including how risks and benefits are weighed and the complexity of the issues involved, and strengthened public trust and stakeholder relationships.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Improve transparency, openness, shared responsibility and accountability	The Department continued to review legislative priorities in the area of health protection in order to improve transparency, openness and accountability. We developed a Voluntary Statement of Information Policy for public involvement activities to promote awareness and understanding among participants during consultation activities. The policy will be piloted and assessed for process and outcomes before systematic implementation. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/cons-pub/vsi_pvi_intro_e.html As well, we developed fact sheets to better communicate our activities to external audiences. This information was developed to give a better understanding of Health Canada's role and our approach to minimizing health risks and maximizing the safety of health products and food. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/3kit-fiche/index_e.html We are poised to establish an Office of the Public Ombudsman to hear concerns and resolve complaints from the public and industry stakeholders regarding the administration of the *Food and Drugs Act*. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_24_e.html In 2004–2005, we established the Office of Paediatric Initiatives to coordinate safety issues pertaining to children, and provided a publicly accessible drug information database.

[12] A Report to Health Canada: 2005 Annual Performance Survey, The Strategic Counsel, March 2005.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	In February 2005, the Department announced that we would seek input from patients, doctors, stakeholders and the public on the risks and benefits of selective COX-2 inhibitor NSAIDs. We also announced intentions to establish a permanent Safety Board to provide us with advice on these issues on an ongoing basis. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_stmt-dec_cox2_e.html In 2004–2005, at an estimated cost of $703,000, we undertook 163 public involvement activities, mainly through mail-outs and Web postings for feedback. Consultation took place on subjects such as: • policy development process—24 activities; • regulatory process—21 activities; and • other, such as transparency measures, good manufacturing practices, build stakeholder capacity etc. This is exemplified through consultations on the Environmental Impact Initiative. This work responds to the *Canadian Environmental Protection Act* (1999) which requires that all new substances be assessed for their impact on human health and the environment. As well, Canadians have been kept current on our progress on blood and blood components and cells, tissues, and organs. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/cell/cto_presentation_2_e.html Our Department continued to meet its one-day turnaround time in responding to information requests through a generic e-mail account. One of the main objectives is to educate and inform citizens and clients about different resources available through the Health Canada Web site. We responded to approximately 2,580 requests in 2004, up from 1,773 in 2003. Nearly half of these inquiries (48 percent) were from the Canadian public, 38 percent from industry and the remainder from academia (6 percent), health professionals (4 percent), federal, provincial and territorial governments (3 percent) and foreign governments (1 percent). We developed and distributed an information sheet: *Safe Disposal of Pharmaceutical Products*. With Environment Canada, we invested $230,000 in collaborative research into the effects that substances in *Food and Drugs Act* regulated products, such as pharmaceuticals and personal care products, may be having on the environment, particularly water. Funds for these projects came from Health Canada's *Canadian Environmental Protection Act* Integrity Fund which provides nearly $2 million annually to support work toward the development of appropriate environmental assessment regulations for substances in *Food and Drugs Act* products, as well as some assessments. Collaboration within Health Canada also resulted in the approval of an Options Analysis Paper: An Environmental Assessment Regime for New Substances in Products Regulated under the *Food and Drugs Act*. This document is expected to be released to stakeholders in spring 2005. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/person/impact/index_e.html

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	In 2004–2005, we developed a comprehensive biotechnology logic model, along with performance indicators and a data collection template. In addition, we conducted research on improving the quality and quantity of biotechnology information available to the public electronically. Insufficient human resources and a slow approval process for new Web material continued to pose challenges. We also strengthened our audit and evaluation capacity to deliver on the accountability and stewardship expectations under the Government's Management Accountability Framework and related commitments. Results of audit and evaluation activities are being more strongly linked with policy and program development, planning, and performance measurement and management. As part of our assessment of the food safety activities of the CFIA, we completed an Evaluation Framework on CFIA's Modernized Poultry Inspection Program. The Fish Quality Management Program draft report was completed on schedule in May 2004 and was published in June 2005.
Develop and begin implementing a Public Involvement Strategy that will optimize public understanding of, and input into, decision-making processes, strengthen Department-stakeholder relationships and support more effective and efficient public involvement activities	We created a Public Involvement Framework (PIF) to ensure that our public involvement activities are consistent, valuable and effective. It drew on the results of workshops held with 134 participants in 11 cities between September and November 2004. The PIF reflects an appropriate balance between public involvement obligations and regulatory responsibilities, while ensuring that input from the broad spectrum of stakeholders allows for fully informed decision-making. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/cons-pub/piframework-cadrepp_e.html
Make the regulatory process for therapeutic products and food more accessible to stakeholders, including patient and consumer groups	To improve accessibility, the Department piloted a forum to provide an opportunity for members of the public, including patients, consumers, and the media, to observe presentations made by industry, leading experts, and our officials as part of a regular expert advisory panel meeting. As well, our Advisory Committee on Management now includes patient and consumer representatives. We also collaborated with patient and consumer organizations to deliver the first information session for these groups on key topics as identified through a formal needs assessment. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/info-prog_e.html
Update standards and regulatory frameworks for blood and blood components, and for cells, tissues and organs (CTOs)	The Department updated the National Standards for blood and for CTOs. These were published by the Canadian Standards Association to address demands from stakeholders and the Krever Commission for National Standards. The updates included new safety information and emerging technologies around transfusion and transplantation. We developed an "Outline for Discussion" document for our consultations with stakeholders. It provided a summary of options to facilitate adverse event reporting and compliance and enforcement and to foster informed participation in identifying preferred options. We also made substantial progress on the development of the regulatory framework for CTOs and communicated the progress to stakeholders. There have, however, been delays in completion of all the necessary components of the CTO framework due to the complexity of drafting the regulations. The Canadian Standards Association standards for blood safety were adopted as national standards for blood and blood components.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	Substantial progress was made on the drafting of a revised regulatory framework for blood and blood components and we released a guidance to establishments on the prevention of West Nile virus and SARS transmission through transplantation. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/blood-sang/blood_qa_sang_qr_e.html http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/cell/cto_let_stakeholders-intervenants_e.html http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/forums/wnv-vno/2004/wnv-vno_2004_cto_gui-dir_e.html http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/forums/wnv-vno/2004/wnv-vno_2004_min-pv_06-15_cto_telecon_e.html
Evaluate strategies to allow the public to provide input into the review of new novel food submissions	We jointly conducted a pilot project with the CFIA in cooperation with CropLife Canada, an industry association representing developers of biotechnology-derived plants. It consists of posting Web site "notices" upon receipt of new submissions, to describe the product and summarize the scientific information provided for regulatory review. For the first time, the public has 60 days to provide input on scientific matters relevant to the evaluation of each of these new product submissions. We continue to build stronger relationship and trust among the public and stakeholders.
Seek input from partners and stakeholders as we update policies and guidance such as *Canada's Food Guide to Healthy Eating*, through a process designed to engage Canadians in better understanding the importance of healthy eating and their shared responsibility in maintaining and improving their nutritional health and well-being	In February 2005, we hosted a stakeholder forum to share information and start an early dialogue on key initiatives. The discussions focused on the implications of the Smart Regulation Initiative and Health Canada Legislative Renewal for food safety and nutritional quality policy. We consulted with a broad range of stakeholders on the review of *Canada's Food Guide to Healthy Eating*. These consultations included meeting with consumers, academia, industry, non-governmental organizations and other levels of government. Two committees were created to provide advice and guidance in the revision of the Food Guide: an Interdepartmental Working Group and an external Food Guide Advisory Committee with expertise in the areas of public health, health policy, nutrition education, disease prevention, industry and communication. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/revision/index_e.html
Establish clear, internationally comparable performance targets for all stages of the regulatory review process for therapeutic products, and revise performance measurement approaches to ensure consistency with other leading regulators	The Department participated in a Centre for Medicines Research international benchmarking study that focused on new drug submission reviews (NDS) performance targets. The study showed Canada's targets to be comparable. It also showed that an international comparison of performance standards within the review process is difficult as regulatory processes, submission types and service standards are not identical across regulatory agencies. To gain a better understanding of the differences and similarities, we initiated the development of a methodology to allow for the comparison of fee structures, performance standards, and regulatory processes with other jurisdictions while meeting the requirements of the *User Fees Act*.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Improve accountability to the public by providing more useful and understandable annual plans and reports on our performance for health products, food and nutrition-related activities	The first *Report on Priorities and Achievements* of our Food Directorate was released. This Report outlines the Directorate's strategic priorities, describes its areas of work over 2003–2004 with a focus on specific priorities, presents key activities and achievements, and highlights some challenges and new priorities in realizing our vision of becoming "the most trusted authority providing policies, standards, advice and information on the safety and nutritional value of food." http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/fd-da/rpt_priorities_achievements-priorites_realisations_dec_2003_01_e.html The Department also released the second *TAS Progress Report*. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2005-therap-strateg/index_e.html We developed a new performance report on the regulatory review of pharmaceuticals, biologics, and medical devices to streamline and enhance the reporting of therapeutic product submission review performance. This report also includes information concerning the influence of other key players on access to new drugs in Canada (e.g. Patented Medicine Prices Review Board).

Strategic Outcome:
Healthier Environments and Safer Products for Canadians

Relevant Outcome in "Canada's Performance":
Healthy Canadians with Access to Quality Health Care

Objective
Reduced Health and Environmental Risks From Products and Substances, and Safer Living and Working Environments.

Financial Information

2004–2005 (MILLIONS OF DOLLARS)			
	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Gross expenditures	248.1	226.5	222.2
Revenues	(12.7)	(13.6)	(10.5)
Net expenditures	235.4	212.9	211.7*
FTEs	1,272	1,290	1,363

* *This represents 48.4 percent of Health Promotion and Protection actual spending (excluding the Public Health Agency of Canada).*

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- funding reduction related to the new advertising management process announced by Cabinet in March 2004
- internal funding provided to First Nations and Inuit Health Branch towards the Named Contribution to the Province of Ontario for the construction of the Meno Ya Win Health Centre

Intermediate Outcomes

- Reduced health and environmental risks from products and substances; safer living and working environments
- Improved health-related decision-making for Canadians, health practitioners and industry
- People of Canada have increased confidence in health-related programs and strategies

Immediate Outcomes

- Enhanced compliance with regulations, standards and guidelines
- Increased awareness and knowledge of key health and regulated products issues relating to healthy and safe living, working and recreational environments
- Enhanced involvement of stakeholders
- Improved scientific knowledge and capacity (research, data) in order to support evidence-based decision-making

Priorities

- Reduce risks to health and safety, and improve protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation-emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology
- Reduce health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol and other controlled substances

Program, resources and results linkages

Program	Actual Expenditures[1] ($M)	Result Linkage
Workplace Health and Public Safety	29.2	Enhances productivity and quality of life by contributing to the health and safety of federal and other Canadian workers, visiting dignitaries and the travelling public in Canada, through the following: • administers the Public Service Health Program on behalf of Treasury Board; • water, food and general sanitation inspections on common carriers (air, rail, marine) and their ancillary services; • a pan-Canadian strategy for workplace health; • health contingency planning for international state visits, summits or events.
Safe Environments	62.1	Promotes healthy living, working and recreational environments by: • identifying and assessing health risks to Canadians posed by environmental factors; • developing national risk management strategies that are supported by scientific research and align with Health Canada's Sustainable Development Strategy.
Product Safety	23.9	Assists in the protection of Canadians by identifying, assessing, researching and managing the health risks associated with: • consumer products; • cosmetics; • workplace chemicals; • new chemical substances; • products of biotechnology; • environmental noise; and • radiation-emitting devices.

[1] The title has been changed from Resources to Actual Expenditures for clarification.

Program	Actual Expenditures[1] ($M)	Result Linkage
Tobacco Control	47.9	Reduces the health and safety risks associated with tobacco consumption by: • regulating tobacco; developing and implementing initiatives to reduce or prevent the harm associated with tobacco use. The goal of the Federal Tobacco Control Strategy is to: — reduce smoking prevalence rate to 20% — decrease number of cigarettes sold annually by 30% — increase compliance with sales to youth laws to 80% — reduce second-hand smoke in public places — explore ways to reduce tobacco toxicity
Drug Strategy and Controlled Substances	48.6	Reduces the health and safety risks associated with the abuse of drugs, alcohol and other controlled substances by: • managing the *Controlled Drugs and Substances Act* and its Regulations; • providing national leadership for Canada's Drug Strategy; • regulating access to controlled substances and preventing the diversion of these substances for illegal purposes; • managing programs that reduce and preventing the harm associated with controlled substances; • providing Canadians with information to facilitate knowledgeable health and lifestyle decisions; • partnering with provinces/territories to facilitate access to treatment and rehabilitation services; • delivering drug analysis services and materials in support of the criminal justice system.

1. The title has been changed from Resources to Actual Expenditures for clarification.

Executive Summary

Under this strategic outcome, Health Canada has a mandate to address many elements of day-to-day living that have an impact on the health of Canadians. These include drinking water safety, air quality, radiation exposure, substance use and abuse (including alcohol), consumer product safety, tobacco and second-hand smoke, workplace health, and chemicals in the workplace and in the environment. We are also engaged in other health and safety related activities, including the Government of Canada's public safety and anti-terrorism initiatives, inspection of food and potable water for the travelling public, and health contingency planning for visiting foreign dignitaries. Our broad national mandate flows from legislation including the *Food and Drugs Act*, the *Controlled Drugs and Substances Act*, the *Hazardous Products Act*, the *Radiation Emitting Devices Act*, the *Canadian Environmental Protection Act*, the *Tobacco Act*, and others.

Our work is important in reducing many of the threats to the health of Canadians. Every year, for example, more than 45,000 Canadian deaths are attributable to tobacco use; 230,000 preventable injuries involve consumer products at an estimated cost to the economy of over $7 billion; over $9 billion in health, social, and economic costs can be attributed to alcohol and drug abuse; tobacco use causes a staggering $3.5 billion in direct health care costs, and $11.5 billion more in indirect costs; and the cost to Canada of illness caused by environmental hazards has been estimated to be as high as $50 billion annually, including costs to the health care system, the economy and individuals.

In 2004–2005, we continued to carry out all of our responsibilities, generally meeting or exceeding the commitments made in the Report on Plans and Priorities for the year, consistent with planned resources. We undertook science, research, policy, regulatory, and prevention/promotion initiatives to achieve results. We collaborated extensively with partners and stakeholders inside and outside the country and had an active presence in every region. We fulfilled our responsibilities in accordance with the principles of sustainable development, to promote economic, social, cultural and environmental objectives.

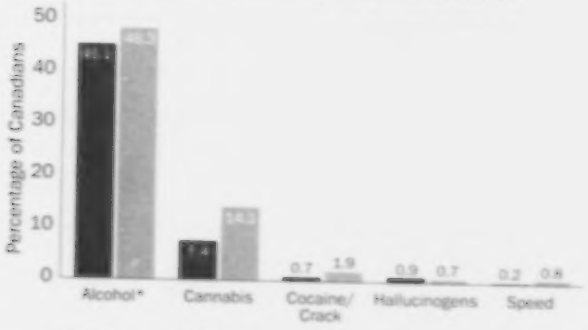
Science and research provide the underpinning for many of our achievements. Health Canada scientists continued to address environmental contaminants in our air, water, and soil by performing assessments and developing new strategies, guidelines, methodologies and tools. Notably, we completed the health-based National Air Quality Index and an integrated, source-to-tap approach to drinking water quality in collaboration with provinces, territories, and other stakeholders. We also conducted research on the health impacts of climate change, and made progress as the lead on the future Canadian Climate Change and Health Vulnerability Assessment 2007. We continued to assess and categorize substances under the *Canadian Environmental Protection Act* and are on track to meet the 2006 legislative deadline to characterize 23,000 existing substances. This important work improves our understanding and management of the health risks of human exposure to toxic substances in the environment. Health Canada continues to improve the Federal Nuclear Emergency Plan (FNEP) response structure in order to enhance the protection of Canadians in nuclear emergencies.

To enhance product safety for Canadian consumers, Health Canada tested products, ranging from bath seats to stuffed toys to chemical products for dangers such as flammability, toxicity and mechanical hazards. We investigated complaints, performed inspections, and assessed new substances, resulting in identification of unsafe products and consequent issuing of warnings, advisories, and product recalls. Our scientists conducted research and developed tools, methods, and standards to manage the health risks associated with a variety of potential hazards, from the use of cellular phones to ionizing radiation. We completed significant regulatory work to require identification of ingredients on cosmetic product labels and restrict the lead content of children's jewellery. We also took steps to implement the Globally Harmonized System (GHS) for labelling and classifying chemicals, a commitment Canada made at the World Summit on Sustainable Development.

Analysis of the Canadian Addiction Survey undertaken in 2004 shows that illicit cannabis and other drug use is up significantly in the past decade, particularly among youth and young adults, with almost 30 percent of 15–17 year-olds and over 47 percent of 18–19 year-olds having used cannabis within the last year. As part of the renewed Canada's Drug Strategy, we conducted

research and implemented health promotion/prevention measures, with a particular focus on youth and young adults, to reduce drug and alcohol abuse and the resultant harms. While continuing with our important drug analysis work in support of law and enforcement efforts, we also launched the Drug Strategy Community Initiatives Fund, which addresses problematic substance abuse through promotion/prevention and harm reduction initiatives, and provides funding to a wide range of non-governmental agencies.

Selected Indicators of Alcohol and Other Drug Use in Canada, 1994 and 2004

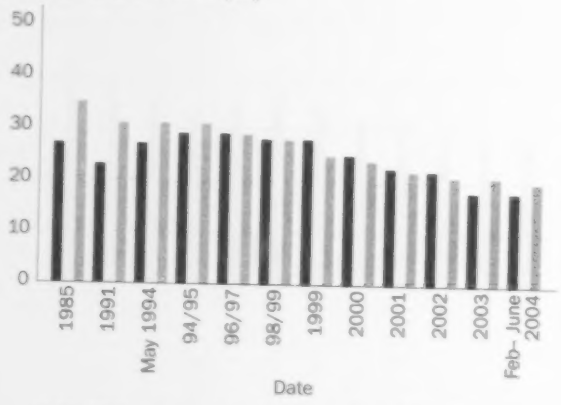


Source: Canada's Alcohol and Other Drugs Survey 1994; Canadian Addiction Survey, 2004.
* Alcohol: having had five or more drinks on one occasion.
All data are for use in the past 12 months.

The Canadian Tobacco Use Monitoring Survey shows that the smoking rate among all Canadians over age 15 has fallen from 25 percent to 20 percent since 1999. While these rates are indicative of the overall success of the Federal Tobacco Control Strategy, we continued our efforts with targeted measures to maintain and potentially extend the gains we have made to date, particularly among some segments of the population, e.g. young adults (men in particular) and rural and low income populations, where the rate of tobacco use and exposure remains significantly higher than the average.

This year, we worked on developing a coordinated, evidence-based approach to smoking cessation. We took steps to reduce the harm caused by tobacco, such as the Cigarette Ignition Propensity Regulations which will reduce the number of cigarette-lit fires in Canada. Our tobacco control measures are considered a model internationally. Canada was instrumental in developing, and was among the first nations to ratify, the World Health Organization's Framework Convention on Tobacco Control, which came into force in February 2005. This first-ever global public health treaty will strengthen tobacco control initiatives around the world.

Long-Term Trends in the Prevalence of Current Smokers (%)



Source: 1985–1988/89 various surveys; 1999–2004 CTUMS

The Department continued to address the health and safety of federal public sector workers, visiting dignitaries and the travelling public in Canada, delivering our services in a manner that exceeds standards and expectations. We explored approaches to position comprehensive workplace health as a strategic means to improve health, reduce health costs, and enhance productivity. To improve workplace health, we conducted research and developed guidelines, best practices, and tools that were highly sought after on our Web site, by employers across the country in both public and private sectors. We also expanded our emergency preparedness response capacity by addressing the psycho-social needs of federal employees faced with terrorist events. In the face of unprecedented tsunami-caused destruction in southeast Asia, Health Canada staff provided immunization and other health services to federal workers who took part in the relief mission.

Health Canada worked closely with partners and stakeholders in all sectors, both domestically and internationally, to enhance healthy environments and consumer safety. Notable achievements of our horizontal endeavours include the development of a National Framework for Action on Substance Use and Abuse under Canada's Drug Strategy; the sustained partnerships

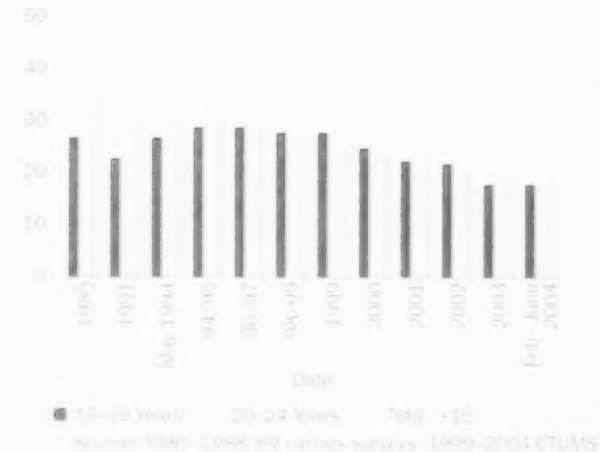
research and implemented health promotion/prevention measures, with a particular focus on youth and young adults, to reduce drug and alcohol abuse and the resultant harms. While continuing with our important drug analysis work in support of law and enforcement efforts, we also launched the Drug Strategy Community Initiatives Fund, which addresses problematic substance abuse through promotion/prevention and harm reduction initiatives, and provides funding to a wide range of non-governmental agencies.

Selected Indicators of Alcohol and Other Drug Use in Canada, 1994 and 2004

The Canadian Tobacco Use Monitoring Survey shows that the smoking rate among all Canadians over age 15 has fallen from 25 percent to 20 percent since 1999. While these rates are indicative of the overall success of the Federal Tobacco Control Strategy, we continued our efforts with targeted measures to maintain and potentially extend the gains we have made to date, particularly among some segments of the population, e.g. young adults (men in particular) and rural and low-income populations, where the rate of tobacco use and exposure remains significantly higher than the average.

This year, we worked on developing a coordinated, evidence-based approach to smoking cessation. We took steps to reduce the harm caused by tobacco, such as the Cigarette Ignition Propensity Regulations which will reduce the number of cigarette-lit fires in Canada. Our tobacco control measures are considered a model internationally. Canada was instrumental in developing, and was among the first nations to ratify, the World Health Organization's Framework Convention on Tobacco Control, which came into force in February 2005. This first-ever global public health treaty will strengthen tobacco control initiatives around the world.

Long-Term Trends in the Prevalence of Current Smokers (%)



The Department continued to address the health and safety of federal public sector workers, visiting dignitaries and the travelling public in Canada, delivering our services in a manner that exceeds standards and expectations. We explored approaches to position comprehensive workplace health as a strategic means to improve health, reduce health costs, and enhance productivity. To improve workplace health, we conducted research and developed guidelines, best practices, and tools that were highly sought after on our Web site, by employers across the country in both public and private sectors. We also expanded our emergency preparedness response capacity by addressing the psycho-social needs of federal employees faced with terrorist events. In the face of unprecedented tsunami-caused destruction in southeast Asia, Health Canada staff provided immunization and other health services to federal workers who took part in the relief mission.

Health Canada worked closely with partners and stakeholders in all sectors, both domestically and internationally, to enhance healthy environments and consumer safety. Notable achievements of our horizontal endeavours include the development of a National Framework for Action on Substance Use and Abuse under Canada's Drug Strategy, the sustained partnerships

across jurisdictions to maintain and enhance tobacco control; the national commitment to implementing the Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals; the coordinated management of cross-border air quality issues between Canada and the US; and the broad collaboration among all levels of government under the public security and anti-terrorism initiative.

Finally, we continued to modernize management practices in accordance with the principles of Treasury Board's Management Accountability Framework. In particular, we made strides in the development and implementation of outcome-focused performance measurement frameworks for our programmes, aimed at strengthening stewardship of resources and accountability for results.

PRIORITY 1: ONGOING

Reduce risks to health and safety, and improve protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation-emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology

Work under this priority focused on Health Canada's broad range of ongoing regulatory activities for identifying, assessing and managing health risks to Canadians posed by hazards in our environment, homes and workplaces. Many of these activities reflect commitments made under our Departmental Sustainable Development Strategy.

Managing environmental health risks is an ongoing task. This year, we analyzed more than 470,000 dosimeters for radiation exposure, covering 95,000 Canadian workers. Under the *Canadian Environmental Protection Act*, we characterized the human health risks of some 1,900 chemical substances on the Domestic List. In support of the effort to clean up federal contaminated sites, we peer-reviewed 70 health risk assessments and provided health advice for nine environmental assessments. We also provided advice on human health impacts for 437 large-scale projects, including highways and mines. Our continuing work on the health effects of climate change included, among other things, a survey of related international program, research, and policy activities.

We carried out research and worked with provinces, territories, and other partners to address air and water quality issues, with a particular focus on the protection of vulnerable groups such as children. We performed 11 air quality assessments relating to, for example, acid rain and carbon dioxide, completed the National Air Quality Index for implementation, and, as part of the Canada/US Border Air Quality Strategy, continued with the two airshed pilot projects in Georgia Basin/Puget Sound and the Great Lakes Basin to explore the impact of air pollution on human health. Our scientists collaborated with Johns Hopkins University and successfully developed new methodologies for calculating human health effects from air pollution. We developed an integrated, source-to-tap approach to drinking water quality, developed four new guidelines for contaminants in water (e.g. arsenic), and produced a comprehensive guidance document for federal personnel to ensure the safety of drinking water on federal and First Nations lands and in federal facilities. We participated in planning for the next generation of International Emergency Exercises and continued to work with provincial governments to improve safeguards to protect the health of Canadians during nuclear emergencies.

Health Canada continued to improve product safety for consumers, examining products ranging from bath seats to strollers to tents to stuffed toys to chemical products. In our laboratories, we tested 329 consumer products and completed 29 research projects related to consumer complaints investigations and laboratory methodology development. We issued 10 warnings or advisories regarding unsafe products. We performed 7,534 inspections, recalled 183 unique product lines, and carried out 157 seizures. We responded to 233 enquiries from the print and broadcast media. We assessed 900 new substances for human health risks and 25 ingredients of pharmaceutical and personal care products for risk to the Canadian public and environment. We imposed two-year prohibitions on four new polymers deemed to have significant risk to human health, to allow industry to develop safer versions of these widely used substances. In the area of consumer clinical and radiation protection, we inspected more than 400 radiation-emitting devices used for medical, dental, industrial, commercial, research, and security applications.

Our scientists developed inexpensive and reliable tools and methods for identifying emissions from cellular phone base stations, to support the safe use of this popular communication device. They also worked to establish an internationally standardized approach to assess individual exposure to ionizing radiation in a nuclear emergency. We amended the regulations to require the listing of all ingredients on cosmetic product labels in accordance with the International Nomenclature for Cosmetic Ingredients. Harmonized labelling is also expected to lower trade barriers and increase trade opportunities for Canadian manufacturers. New Children's Jewellery Regulations were completed to restrict the lead content and reduce the risk of exposure of children to lead.

This year, Health Canada, through the operation of a 24/7 crisis referral centre for Employee Assistance Services (EAS), responded to 37,000 calls from clients employed by 122 public sector organizations, including federal departments and agencies. Over 95 percent of all federal departments use EAS, with over a 98 percent satisfaction rating from both clients and client departments. We provided occupational health and safety services to federal departments and agencies and Canadian missions abroad, and delivered approximately 15,500 health assessments, 2,400 immunizations, 1,100 workplace investigations and 3,650 office ergonomic services. We were also on call to provide health services in support of disaster relief. Our Physical and Psycho-Social Emergency Preparedness personnel are ready to respond to a major terrorist event: equipment testing, personnel training and the development of procedures/guidelines have been completed.

There were 200,000 visits and 90,000 document downloads at our Workplace Health Web site which provides information ranging from guidelines, to best practices, to tools which support employers to improve workplace health and productivity. To protect the health of millions of travellers who come to Canada, we conducted some 1,200 inspections of food, water, and general sanitation on rail and marine conveyances.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Safe Environments Programme Health Canada has a mandate to address many elements of day-to-day living that have an impact on health, by performing and accessing high quality science	*Environmental Health Sciences Research* Developed innovative tools for human health risk assessment to study the relative risk of exposure to and hazard identification of toxic substances. *Protection against Radiation in the Environment* Health Canada partnered with University of Ottawa staff to revise the risk assessment regarding developing lung cancer from exposure to radon in homes. http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/environ/radon_e.html *Environmental Contaminants* Health Canada has worked extensively with partners, particularly Environment Canada, on tools to measure the health benefits of interventions to improve air quality. Improvements have been made in our ability to measure health and socio-economic effects of air pollution and improve estimates of associated mortality.
The Department will contribute to healthier environments and safer products for Canadians through new and ongoing initiatives which integrate the principles of sustainable development. We will generate new research, more partnerships and stronger federal leadership to improve health outcomes, particularly for vulnerable populations, such as children	*Environmental Health Sciences Research* This critical research is the foundation for development of key guidelines in indoor air, performance of CEPA-mandated assessments and revision/development of water quality guidelines. ($11.2 M) *Health Impacts of the Environment* Collaborative agendas were developed and implementation has begun among federal, provincial and territorial governments on reducing risks to human health posed by environmental factors related to water quality, air quality and children's environmental health. Includes development of indicators of children's environmental health. The development of a federal Health and Environment Strategy is a departmental priority. ($.9 M)

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	Water Quality and Health Target of four Guidelines for Canadian Drinking Water Quality (as approved by the F/P/T Committee on Drinking Water for consultation) was achieved. ($3.5 M) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/water-eau/index_e.html
Health Canada will continue to identify and reduce risks to human health posed by environmental factors such as water quality, air quality, radiation and environmental contaminants. Our work includes health risk assessments and development of guidelines and standards	*Health Impacts of the Environment* *Canadian Environmental Assessment Act* (CEAA) assessments and Federal Contaminated Sites (CS) assessments reviewed: 2003–04 180 CEAA 150 CS 2004–05 437 CEAA ($1.0 M) 70 CS ($3.1 M) CS staff also contributed to nine site-related environmental assessments. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/eval/index_e.html *Protection against Radiation in the Environment* Analysis of dosimeters for radiation exposure: 2003–04 460,000 dosimeters 2004–05 470,000 dosimeters ($4.7 M) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/radiation/regist/index_e.html
Intensify our work on the human health impacts of climate change and air pollution	*Health Impacts of the Environment* Release of Climate Change and Health Research Report, a survey of international climate change and health research and policy development activities. The Climate Change and Health Office has also made progress in leading the Canadian Climate Change and Health Vulnerability Assessment 2007. ($0.8 M) http://www.c-ciarn.ca/health *Environmental Contaminants* Outdoor air quality assessments: 2003–04 10 assessments 2004–05 11 assessments ($0.2 M) (particulate matter, ozone, acid rain, ethanol, bio-diesel, mortality, formaldehyde, NO2 and CO; progress on manganese and MMT.) Progress made on the Air Health Indicator to reflect the long-term changes in the burden of illness from reductions in air pollution. Link established between daily mortality counts and pollution levels. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/air/index_e.html Health Canada identified 5,900 +/- 2,100 deaths attributed to air pollution in eight Canadian cities. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_32_e.html *Environmental Health Sciences Research* Design of epidemiological research on risks from emerging chemicals and investigation of the success of mitigation strategies.
Under the Canada/US Border Air Quality Strategy, we will develop a health-based Air Quality Index (AQI)	*Environmental Contaminants* Work on the AQI is proceeding on schedule. Subject to provincial acceptance, this reformulated AQI will be piloted in summer 2005–2006 for planned implementation in 2007–2008. ($0.35 M) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/air/index_e.html

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
The Department will make additional progress under the 1999 *Canadian Environmental Protection Act* (CEPA) by assessing and categorizing additional substances to better manage and eliminate human exposure to toxic substances Consult on the selection process and solicit additional information on 849 substances determined to require closer study, which are on the Domestic Substances List	*Environmental Contaminants* Characterization of CEPA existing substances: ($0.8 M) 2003–04 2,000 substances 2004–05 approximately 1,900 CEPA existing substances categorized On track to meet 2006 CEPA legislated deadline to characterize 23,000 existing substances. 1,900 substances on the Domestic Substances List identified for further consideration in categorization and screening assessment.
Approximately 20 screening assessments will be carried out in 2004–2005	*Environmental Contaminants* Assessments of CEPA existing substances: 2003–04 0 assessments 2004–05 10 assessments ($0.4 M) As well, draft screening health assessments released for public comment on a group of 50 perfluoroalkyl compounds (PFOS) and a group of seven Polybrominated Diphenyl Esters (PBDEs). ($1.2 M) http://www.hc-sc.gc.ca/exsd-dse
Participate in planning for the next generation of International Nuclear Emergency Exercises	*Protection against Radiation in the Environment* Health Canada has worked with international partners to develop the INEX-3 exercise. ($3.2 M) http://www.hc-sc.gc.ca/ed-ud/prepar/nuclea/index_e.html
We will work with provincial governments to improve safeguards to protect the health of Canadians during nuclear emergencies	Health Canada has successfully filled three gaps in the Federal Nuclear Emergency Plan (FNEP) response structure to enhance the protection of Canadians in nuclear emergencies, including developing decision support software for real time surveillance, a standardized method for biological dosimetry, and an annual exercise for federal field response to radiological incidents.
Product Safety Programme Continue to obtain the science necessary to identify, assess and manage the health and safety hazards to Canadians associated with: consumer products; hazardous workplace materials; cosmetics; new chemical substances; products of biotechnology; radiation produced by radiation-emitting devices; environmental noise; and solar UV radiation	Two-year prohibitions were imposed on four notified new polymers and longer-term control measures are in development. Significant risks to human health were identified for the breakdown products. Industry is actively developing less harmful versions of these widely used substances. ($6.2 M) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/lead-plomb/leadrisk_e.html http://www.ec.gc.ca/substances/nsb/eng/index_e.htm We continued to improve product safety for Canadian consumers: • performed 7,534 inspections • recalled 183 unique product lines (e.g. plastic bags, cradles, tents, lighters) • carried out 157 seizures http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/person/impact/index_e.html In our laboratories: • tested 329 consumer products (e.g. flammability of futons, lead in kettles) • completed 29 research projects

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	We issued 10 warnings or advisories regarding unsafe products. We inspected more than 400 radiation-emitting devices used for medical, dental, industrial, commercial, research, and security applications. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/tan-bronzage/index_e.html http://www.bccdc.org/content.php?item=196 In response to the concern of Canadians regarding the risks and issues surrounding the use of cellular telephones, Health Canada has designed, built and extensively tested equipment which provides an inexpensive and reliable means of verifying emissions. Examples of the simple maps that can be created using the information from this device can be found at: http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/cell_base_stations/index_e.html Collaborations such as that recently completed with the Government of British Columbia wherein they were loaned a device and performed surveys in the Vancouver area, are being actively sought with other F/P/T agencies. In collaboration with Environment Canada, we published proposed amendments to the New Substances Notification (NSN) Regulations (chemicals and polymers) in *Canada Gazette*, Part I on October 30, 2004, and have begun preparations for multi-stakeholder consultations on amending the Living Organisms portion of the NSN Regulations. We negotiated and signed a Memorandum of Understanding with the Department of Fisheries and Oceans (DFO) and Environment Canada outlining the roles and responsibilities of each department regarding the notification and assessment of aquatic organisms with novel traits, in anticipation of regulations to be developed under the *Fisheries Act* for these organisms by DFO. In the event of a nuclear emergency, for individuals exposed to high doses of ionizing radiation, assessment is an important first step to determining the correct treatment method. To ensure a common approach, we are working to establish an internationally standardized method for biological dosimetry as the preferred method. The standard used can be found at: http://www.iso.org/iso/en/CatalogueDetailPage.CatalogueDetail?CSNUMBER=33759&ICS1=17&ICS2=240&ICS3=&scopelist=
We will enhance our support for the Lead Risk Reduction Strategy by undertaking key regulatory actions that would restrict the lead content of children's jewellery and prohibit the import, advertisement or sale of candles with lead-core wicks. This will help protect the health of Canadians by reducing health risks related to lead exposure. Performance will be based on the removal of children's leaded jewellery and lead-core wick candles from the Canadian marketplace	Completed final publication of Children's Jewellery Regulations. ($46.6 K) http://canadagazette.gc.ca/partII/2005/20050601/html/sor132-e.html

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
The Department will also seek an amendment to the Cosmetics Regulations to require manufacturers and distributors of cosmetic products to disclose ingredients on their product labels	Health Canada amended its regulations (published in *Canada Gazette*, Part II on December 1, 2004) to require the listing of all ingredients on cosmetic product labels, in accordance with the International Nomenclature for Cosmetic Ingredients system (INCI). Mandatory ingredient labelling will make relevant information available to Canadians concerning the composition of all cosmetic products sold in Canada. The aim is to help the Canadian public be better informed in order to avoid cosmetic products that contain ingredients to which they may be sensitive. Furthermore, harmonized labelling requirements are expected to lower trade barriers and increase trade opportunities for Canadian manufacturers. ($59.0 K) http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/person/cosmet/cosmetics-reg-cosmetiques_e.html Final publication of amendment requiring ingredient disclosure published; implementation effective November 2006. www.healthcanada.gc.ca/ghs
Progress to support implementation of the hazard communication system known as the Globally Harmonized System (GHS) of Classification and Labelling of Chemicals to meet a 2008 time-line for a fully operational system	Ongoing consultations on how to implement the GHS with stakeholders, which include labour and trade unions/organizations, consumer associations, provincial/territorial governments and other federal departments. ($.4 M)
Workplace Health and Public Safety Programme (WHPSP) Frameworks to guide physical and psycho-social emergency response initially developed under the Government of Canada's Public Security and Anti-Terrorism Initiative are being expanded to include health emergencies such as SARS	The WHPSP Physical EPR (Emergency Preparedness and Response) program is focused on contingency planning to ensure continuity of government operations. Psycho-Social EPR is in place to help increase the resilience of federal employees faced with a threatened or actual terrorist event, and to help prevent and/or mitigate the effects of such an event.
We will intensify efforts to build capacity to support the emergency responders and federal workers who provide services during and immediately following critical incidents or public health emergencies	Psycho-Social EPR has published *Preparing for and Responding to Workplace Trauma: A Manager's Handbook* and it is being distributed to departmental managers. The *Handbook* and a more comprehensive *eGuide* are available on the Health Canada and PubliService Web sites. *Coping with Workplace Trauma: A Self-Help Guide for Employees* is being finalized and will be available electronically by winter 2005–2006. ($0.8 M)
The Department will continue to provide water and food inspection and sanitation services to over 10 million travellers who come to Canada annually by air, rail and marine travel	Approximately 1,200 inspections/audits, based on estimates of the risk to health, were undertaken across Canada. ($2.0 M) Inspections: • 95 percent of all cruise ships that come to Canada were inspected once per season • 95 percent of passenger trains/flight kitchens were inspected once on a pre-determined schedule Percentage passing: • cruise ships 97 percent • on board trains 97 percent • off board trains 100 percent • flight kitchens 99 percent

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	Over 700 deratification certificates were issued, and no incidences of rats were found on board marine vessels across Canada. The program is fully cost-recovered from the conveyance operators ($1.55 million in 2004–2005). The operators participate in a stakeholder meeting each year, at which service costs are discussed. Operators report that they are satisfied and that they are receiving fair value from the program. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/travel-voyage/general/inspection/index_e.html
Continue to provide the Public Services Health Program (PSHP) to more than 20 federal departments comprising approximately 250,000 people	During the year, PSHP delivered to federal departments approximately: ($17.2 M) • 15,500 health assessments • 2,400 immunizations • 1,100 workplace investigations • 3,650 office ergonomic services WHPSP successfully negotiated national MOUs with Canada Revenue Agency, the Canadian Food Inspection Agency and Parks Canada for ongoing provision of occupational health services on a cost recovery basis. This coincided with the transfer by Treasury Board of $3.932 million from Health Canada, in the fall update of the departmental Annual Reference Level Update (ARLU) effective April 1, 2004.
Operate a 24/7 Crisis Referral Centre for Employee Assistance Services. The Centre deals with 37,000 calls annually from clients employed by 122 public sector organizations, including federal departments and agencies	Over 95 percent of all departments use EAS. Client satisfaction is 98.5 percent (users of the service); customer (departments) satisfaction is 98.7 percent with a 100 percent retention of all customers from the previous year. Five major departments still have their own internal employee assistance programs; discussion is ongoing with some to have EAS become their provider of choice. ($4.5 M)
Partner with provincial and territorial governments, stakeholder groups and other government departments to support research to develop better science and understanding of health risks directly and indirectly related to the workplace in order to continue the development of a workplace health agenda	Health Canada continues to explore comprehensive workplace health approaches to develop knowledge, identify best practices, and map out a workplace health agenda. ($0.29 M) http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/index_e.html http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/index_e.html
Focus on dissemination of information on workplace health issues and promote successful practices	The Workplace Health System, a comprehensive approach to health promotion programming, provides employers with a set of guiding principles and a seven-step process for implementing workplace health policies and practices. Public demand was evidenced by over 200,000 Web site visits and over 90,000 document downloads between May 2004 and January 2005.

PRIORITY 2: ONGOING

Reduce health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol and other controlled substances

Commitments under this priority guided our actions to provide comprehensive programs for education, health promotion, regulation, research and surveillance, aimed at reducing Canadians' exposure to the health and safety risks associated with tobacco consumption, and the abuse of drugs, alcohol, and other controlled substances.

The Canadian Tobacco Use Monitoring Survey shows that the smoking rate for Canadians aged 15 and over, measured in the first half of 2004 at 20 percent, is little changed from 2003. Over the last five years, however, smoking rates among Canadians have declined significantly, down from 25 percent in 1999, and even more dramatically among youth (15–19 year-olds), from 28 percent in 1999 to 20 percent for the first half of 2004. The percentage of children under age 12 who were regularly exposed to tobacco smoke in their homes has also declined in the same period, from 26 percent to 12 percent. Our work during 2004–2005 was oriented toward helping to continue these overall positive trends. Future progress will depend on continued effort and measures targeted to address relatively high rates of smoking which persist among segments of the population, such as young men, Aboriginal people, residents of rural areas and certain regions, and those of low socio-economic status.

Continued emphasis was directed towards the development and implementation in communities across Canada of a national coordinated approach to tobacco cessation. A pilot cessation initiative has been undertaken in partnership with the provincial governments of Prince Edward Island and British Columbia, and with the University of Waterloo. Study participants have been recruited and the study is now under way, with an anticipated completion date in 2006.

Regulatory measures designed to change tobacco products so that health hazards will be reduced have also been undertaken. Cigarette Ignition Propensity Regulations were reviewed and approved by the House of Commons Standing Committee on Health, and final publication is anticipated in 2005. This measure will reduce the number of deaths and harm due to cigarette-lit fires.

The WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), ratified by Canada, came into force in February 2005. Our approach to tobacco control is generally consistent with the FCTC. We have proposed new regulations regarding warnings on tobacco advertising, which would bring Canada into compliance with article 13 of the FCTC, and we conducted consultations with stakeholders on these proposed new regulations.

In 2004–2005, we carried out approximately 35,000 compliance and enforcement checks over some 65,000 retail establishments across Canada, under both the Tobacco Act and provincial tobacco control legislation. We contributed over $12 million to support surveys, research and monitoring of compliance with anti-tobacco laws. In 2004, research showed that for the first time since monitoring began in 1995, national retailer compliance levels regarding youth access to tobacco have exceeded the Federal Tobacco Control Strategy's 10-year target objective of 80 percent or better; the current level stands at 82.3 percent.

In support of Health Canada's leadership role in Canada's Drug Strategy, we initiated the development of a National Framework for Action on Substance Use and Abuse, through formal consultations or information sharing with stakeholders and thematic workshops. We developed a National Research Agenda, and established an overall governance structure for the Strategy. With $3 million from the Drug Strategy Community Initiatives Fund, we provided funding for 51 community-based projects. Priorities were also identified and a call was issued for proposals to be funded in 2005–2006.

In our continued administration of the Controlled Drugs and Substances Act, we worked with law enforcement agencies to identify more than 91,000 seized samples of controlled substances, and provided expert advice and aid in dismantling 50 illicit drug labs. To ensure access to controlled substances for approved, legitimate purposes, we provided 2,759 methadone exemptions and 821 authorizations/exemptions for the use of marihuana for medical purposes. We developed Marihuana Medical Access Regulations amendments to the second phase and continued our involvement in related projects.

We published a full report as well as a highlights report on the results of the Canadian Addiction Survey (CAS) which provides key information on prevalence rates in Canada. As the CAS shows, the use of alcohol, cannabis, and other drugs is particularly prevalent among youth and young adults in Canada. We undertook health promotion and other demand reduction activities targeted toward youth, such as a marihuana messaging campaign, and developed dissemination mechanisms through established media avenues. To continue to ensure access to treatment for youth and women suffering from substance abuse problems, we funded provincial governments under the 50-50 cost-shared Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program, and we provided data collection, data analysis and knowledge dissemination. A plan has been developed to re-focus the program to ensure that the target populations of youth and women with substance abuse problems will continue to have access to innovative treatments.

RPP Commitments 2004-2005	Report on Results
Drug Strategy and Controlled Substances Programme Lead Canada's Drug Strategy and work in partnership with the provinces and territories, municipalities, non-governmental organizations and stakeholder groups	http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_e.html
Continue to administer the *Controlled Drugs and Substances Act* and its regulations, devise harm reduction and promotion strategies to combat alcohol and drug abuse, provide expert scientific advice and drug analysis services to law enforcement agencies and manage Health Canada's medical marihuana program	• Developed Marihuana Medical Access Regulations (MMAR) changes Phase 2 and continued involvement on related projects, such as a pharmacy pilot project. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/index_e.html • Initiated scheduling of a number of controlled substances and the development of other proposed amendments to the Precursor Control Regulations (PCR). http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substancontrol/index_e.html • Conducted analysis for scheduling of substances of emerging concern such as ketamine and red and white phosphorous. • Monitored the production and distribution of medical marihuana (the Prairie Plant System). http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/supply-approvis/index_e.html • Worked with law enforcement agencies to identify more than 91,000 seized samples of controlled substances, and provided expert advice and aid in dismantling 50 illicit drug labs. • Provided 2,759 methadone exemptions and 821 authorizations/exemptions for the use of marihuana for medical purposes. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substancontrol/analys-drugs-drogues/index_e.html
Canada's Drug Strategy activities will continue to be directed to reducing the supply of and demand for drugs through prevention, harm reduction, treatment and enforcement programming	http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_e.html

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
In May 2003, the Government announced a $245 million investment over five years for Canada's Drug Strategy. Health Canada will target its new funding towards increasing the federal leadership role in the Strategy, developing a national action plan through consultation or in information-sharing with all stakeholders and reporting on progress to Parliament	• Initiated the development of a National Framework for Action on Substance Use and Abuse including 10 formal consultations with stakeholders and nine thematic workshops. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/nfa-can/index_e.html • Initiated the development of a National Research Agenda including four discussion papers and the hosting of a national workshop. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/nat-res-rech/index_e.html • Established an overall governance structure for Canada's Drug Strategy.
We will also increase research done in Canada on drug and alcohol abuse, fund the treatment component of Drug Treatment Courts, develop a new grants and contribution program for innovative community programs and expand health promotion and prevention activities	• Conducted research in a number of key areas including: cannabis main stream/side stream smoke; and avoidable cost study (e.g. those amenable to public policy initiatives and behavioural changes). • Initiated collaborative research projects and surveys, including: — abuse of psychotropic pharmaceuticals in Canada; — characterization of oxycondone abuse; — prevalence survey in the Northwest; and — substance abuse among street youth.
In 2004–2005, Health Canada will build a strong foundation for the renewed Strategy and begin funding innovative projects through the Drug Strategy Community Initiatives Fund (DSCIF)	• Supported 51 projects with approximately $3 million. • Established priorities and launched call for DSCIF proposals for 2005–2006. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/fond-comm-fund/index_e.html
We will also complete development of a comprehensive evaluation framework, establish health promotion activities targeted at youth, analyze and report on the results of the Canadian Addiction Survey (CAS) and conduct a review and amend the Marihuana Medical Access Regulations (MMAR)	• Obtained Treasury Board approval of the CDS Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework (RMAF). • Launched marihuana messaging campaign, booklet for parents and youth on marihuana, a youth Web site and developed dissemination mechanisms through established media avenues, such as News Canada. http://drugwise-droguesoisfute.hc-sc.gc.ca/index_e.asp http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/index_e.html • Analyzed CAS data and published a full, as well as a highlights report on the nature of the key results on prevalence rates in Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/alc-can/overview-apercu/index_e.html
The Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program (ADTR) will continue to improve treatment for women and youth suffering from substance abuse problems	• Negotiated and monitored cost-shared funding agreements with provinces for ADTR programs and services. • Developed plan to re-focus ADTR Program in keeping with agreement established with Treasury Board. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/treat-trait/index_e.html

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Tobacco Control Programme Work on tobacco cessation to encourage people who currently smoke to quit smoking. We will work with the University of Waterloo and the provincial governments of Prince Edward Island and British Columbia to evaluate a coordinated approach to cessation. This initiative will be one part of our work in 2004–2005 to support implementation of a national coordinated approach to cessation in communities across Canada	Expected completion in March 2006. BC: Recruitment completed with just under 1,200 participants. ($180 K) PEI: A total of 1,211 study participants have been recruited. All have received some form of cessation counselling. ($128 K) Both sites have noted an increase in awareness among the general population of cessation options.
The best evidence of the success of these and other initiatives will be based on the ongoing data from the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey	The latest results from the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS), for data collected between February and June 2004, indicated just over five million people, representing 20 percent of the population age 15 years and older, were current smokers, of which 15 percent reported smoking daily. This is similar to the rate for the first half of 2003 (20 percent for current smoking and 16 percent for daily smoking). Approximately 23 percent of men age 15 years and older were current smokers, slightly higher than the proportion of women (17 percent). ($1.37 M) http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/index_e.html
Pursue regulations that would mandate changes to cigarettes to decrease the number of cigarette-lit fires and their associated harm and deaths	Final publication expected in June 2005: ($250 K) In 2004–2005: • Cigarette Ignition Propensity Regulations, and Regulations Amending the Tobacco Reporting Regulations were pre-published in *Canada Gazette* Part I; • Reviewed and approved by the House of Commons Standing Committee on Health. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/legislation/reg/ignition-allumage/index_e.html
Ratification of the Framework Convention on Tobacco Control	Canada was among the first 40 countries to successfully ratify and bring into force the World Health Organization's Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), the first-ever global public health treaty. The FCTC, which came into force on February 27, 2005 is designed to protect present and future generations from the health, social, environmental and economic consequences of consumption and exposure to tobacco smoke by strengthening tobacco control initiatives around the world. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_07bk1_e.html http://www.who.int/tobacco/framework/en/

Strategic Outcome:
Sustainable Pest Management Products and Programs for Canadians

Relevant Outcome in "Canada's Performance":
Healthy Canadians with Access to Quality Health Care

Objective
To prevent unacceptable risks to people and the environment from the use of pest control products.

Financial Information

2004–2005 (MILLIONS OF DOLLARS)

	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Gross expenditures	45.3	48.7	47.5
Revenues	(7.0)	(7.0)	(6.1)
Net expenditures	38.3	41.7	41.4*
FTEs	541	546	475

* *This represents 9.5 percent of Health Promotion and Protection actual spending (excluding the Public Health Agency of Canada).*

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- funding for West Nile virus through the Pan-Canadian Public Health System Treasury Board submission.

Intermediate outcomes
- Protected health and environment
- Increased public and stakeholder confidence in pesticide regulation
- Increased use of reduced-risk pest management practices and products

Immediate outcomes

- Access to safer pesticides
- Informed public and stakeholders
- Transparency of pesticide regulation
- Strengthened compliance with *Pest Control Products Act* (PCPA) and Regulations
- Users informed of reduced-risk practices
- Improved regulatory efficiencies and cost effectiveness

Priorities

- Ensure safe and effective pest control products
- Ensure compliance with PCPA
- Ensure sustainable pest management practices that reduce reliance on use of pesticides

Program, resources and results linkages

Program	Actual Expenditures[1] ($M)	Result Linkage
New Pest Control Product Registration and Decision-Making	20.0	Conduct human health, safety and environmental risk assessments, efficacy and value assessments, establish Maximum Residue Limits (MRLs) and make regulatory decisions within specified performance standards on applications to register new pest control products.
Registered Pest Control Product Evaluation and Decision-Making	8.2	Re-evaluate older pesticides on the basis of updated data and information, to determine whether, and under what conditions, their continued registration is acceptable (meet modern safety standards).
Compliance	6.8	Promote, maintain and enforce compliance with the PCPA through investigations and inspections that are coordinated with provincial and territorial governments and other federal departments.
Pesticide Risk Reduction	2.7	Develop and implement policies and guidelines related to sustainable pest management and develop innovative approaches through partnerships.
Regulatory Improvement	3.7	Develop strategic initiatives for information technology, policy development, legislative/regulatory change and communication that support commitments to improve performance and transparency and reduce costs, while maintaining a high level of protection of health and the environment.

[1] *The title has been changed from Resources to Actual Expenditures for clarification.*

Executive Summary

To help prevent unacceptable risks to people and the environment, Health Canada regulates the importation, sale and use of pesticides under the federal authority of the PCPA and Regulations. Ongoing regulatory responsibilities constitute the majority of the work, all of which contribute to our strategic outcome. Using internationally accepted approaches and protocols, we conduct science-based health, environmental and value assessments. Pesticides are registered only if the health and environmental risks are considered acceptable, and if the product is effective. We set pesticide MRLs for food commodities under the *Food and Drugs Act*. Older pesticides are re-evaluated to determine if their use continues to be acceptable under current scientific approaches. We also facilitate, encourage and maximize compliance with the PCPA and the conditions of registration.

Health Canada is leading a successful effort with other science-based federal government departments to improve the coordination of pesticide research and regulatory activities.[13] We work closely with Mexico, the United States and the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries to harmonize regulatory approaches for evaluating pesticides. Our compliance activities often involve collaboration with the Canadian Food Inspection Agency (CFIA) and provincial governments. Our Department will continue to work with Agriculture and Agri-Food Canada (AAFC) to develop risk reduction strategies for the agricultural sector, and improve access to specialized pest control products that are priorities for Canadian growers.

PRIORITY 1: ONGOING

Ensure safe and effective pest control products

Through the evaluation of new pesticides and the re-evaluation of older pesticides, Health Canada helped protect the health of Canadians and their environment from the risks associated with pesticides. We continued to improve timeframes for the registration of new pesticides, and made progress in meeting our re-evaluation targets. Improving access to reduced-risk products as alternatives to traditional pesticides remained a priority. Health Canada contributed to the competitiveness of the Canadian agri-food sector by improving access to "minor use" pesticides—those that would not otherwise be available in Canada because of small projected sales.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Publish new regulations to bring the new PCPA[14] into force. The regulations will require pesticide companies to:	Implementation of the new PCPA remained a high priority. The new Act will help strengthen health and environmental protection, improve transparency of the regulatory system and strengthen post-registration controls of pesticides.
• establish a database to gather and track pesticide sales • report potential adverse effects • provide safety information through Workplace Hazardous Materials Information System (WHMIS) to workplaces.	Where we have the authority, the intent of the new PCPA has already been implemented as a matter of policy. For example, we conduct cumulative risk assessments, re-evaluate older pesticides and publish proposed regulatory decisions for public consultation. This year, we published three proposed regulations in *Canada Gazette*, Part I for public consultation (Pesticide Adverse Effects Reporting Regulations; Sales Information Reporting Regulations; and Safety Information Regulations). Ongoing activities included drafting the final regulations and revising the existing regulations in light of the new PCPA. We are preparing the internal operational infrastructure, including an electronic environment, to support implementation of the Act in 2005–2006.

[13] Horizontal Initiatives Table (http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/bpcpr-rcprp/description_e.asp).

[14] *Pest Control Products Act* (http://laws.justice.gc.ca/en/P-9.01/92455.html).

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Improve the coordination of pesticide research and regulatory activities	Health Canada facilitated information exchange with the other government departments responsible for conducting pesticide research and monitoring. Ongoing projects to improve pesticide risk assessment and mitigation methods include new exposure scenarios for aquatic organisms; agriculture spray drift models; species at risk policy; drinking water exposure assessments. Details regarding the plans, spending and results of this initiative are available on the TBS Web site: http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/bpcpr-rcprp/description_e.asp
Review applications for the registration of new pesticides in as timely a manner as possible. As well, continue to pursue work sharing and harmonization of data requirements with international regulatory bodies	Health Canada registered nine new active ingredients, seven of which were completed within performance standards (78 percent). The workload remained high, with over 3,250 regulatory decisions made for new pesticide registrations and amendments. As a result of our continued harmonization efforts, there were 16 submissions undergoing joint or work share review. Approximately 50 percent of all new active ingredient submissions are joint reviews. This results in increased efficiencies, timely access to new pesticides and reduced trade irritants between borders. All major regulatory decisions are available at: http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pubs/newpesticides-e.html New Pest Control Product Registration and Decision-Making Expenditures: $20.1 M.
Re-evaluate 401 active ingredients registered prior to 1995, using modern risk assessment methods and current scientific data (2006 for food use pesticides, and 2008 for non-food uses). Report to Parliament on progress, and publish decision documents	This program will help ensure that only safe, sustainable pest management products continue to be available for use in Canada. Significant progress was made towards the target. This year alone, we finalized 33 decisions and proposed 35 other decisions. To date, we have completed re-evaluations for 182 (45 percent) of the 401 active ingredients. As of March 31, 2005, re-evaluation decisions have been made or proposed for 182 active ingredients. A progress update was provided to the Standing Committee on Agriculture and Agri-Food, as well as to stakeholder committees. The re-evaluation workplan and all re-evaluation decisions are available at: http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pubs/reeval-e.html Registered Pest Control Product Evaluation and Decision-Making Expenditures: $8.2 M.
Provide timely access to reduced-risk pesticides, and report on the registration results	Providing Canadians with access to safer pesticides, including reduced-risk pesticides is a priority. Reduced-risk pesticides present an improved health or environmental risk scenario compared to existing products of the same use. More than 69 percent of reduced-risk active ingredients registered or pending registration in the United States are registered or pending registration in Canada. Eight of the nine new active ingredients registered in 2004–2005 were reduced-risk; one of which was registered through the joint review program. Published a list of all the reduced-risk active ingredients, end-use products and uses available in Canada: http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pdf/rr/rr2005-01-e.pdf

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Health Canada and AAFC will facilitate access to reduced-risk products for agricultural use, including minor use pesticides	Health Canada reviewed 117 AAFC and provincial/forestry presubmission consultation proposals and reviewed 43 submissions generated by AAFC and provinces for minor use registrations. In all, 65 new minor crop uses were registered, including 42 reduced-risk uses. As a result of this program, Canadian farmers have improved access to newer, cost-effective pesticides necessary for sustainable agriculture.

PRIORITY 2: ONGOING

Ensure compliance with the *Pest Control Products Act*

We have the ongoing responsibility to help protect the health of Canadians and their environment by facilitating, encouraging and maximizing compliance with the PCPA and conditions of registration. Focused on the inspection and investigation of those who manufacture, sell, distribute and use pesticides, the compliance program is conducted through a network of Health Canada regional officers and CFIA inspectors across Canada.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Report on the number of investigations, inspections and enforcement actions taken	Health Canada conducted 574 investigations and 1,110 inspections across the country, to help ensure pesticides are manufactured, sold and used safely. As a result of these activities, we detained 125 products; denied four unregistered products entry into Canada; took 381 education actions; and issued 19 administrative monetary penalties (AMP) Notices of Violations. Compliance Expenditures: $6.8 M
Review how comparable Canadian and international organizations target, measure and report their compliance activities and adjust our business procedures accordingly by the end of 2007	Using federal and departmental Integrated Risk Management Frameworks, we updated the compliance and enforcement policy to target compliance programs/activities to areas of higher risk. The updated policy will be published in 2005–2006. The Department is also considering options to enhance federal-provincial collaboration on compliance. Health Canada is organizing an OECD compliance workshop for June 2006 to advance risk-based targeting, measuring of outcomes and reporting of compliance and enforcement activities.

PRIORITY 3: ONGOING

Ensure sustainable pest management practices that reduce reliance on the use of pesticides

In response to Canadians' growing interest in minimizing the risks associated with pesticides, we are committed to integrating the principles of sustainable development into pest management. The goal is to inform Canadians of reduced-risk practices, which will lead to reduced reliance on the use of traditional pesticides and increase the use of alternative approaches. We continued to develop and promote sustainable pest management products and practices in cooperation with other federal departments, provinces and territories, growers, the pesticide industry and non-governmental organizations. (http://www.pmra-arla.gc.ca/english/spm/spm-e.html)

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
With AAFC, continue to develop crop profiles and implement risk reduction strategies for agricultural commodities With federal and provincial colleagues, Health Canada will develop a pesticide risk indicator to assess risk reduction. Health Canada and AAFC will develop an indicator to evaluate Integrated Pest Management (IPM) adoption in agriculture	In collaboration with AAFC, Health Canada completed 20 crop profiles, initiated two new risk reduction strategies and continued work on six other strategies. Ongoing activities included developing a pesticide risk indicator to assess risk reduction, and working with provinces to seek adoption of the indicator. The risk reduction strategies will improve the availability of effective risk reduction products, practices and tools for Canadian farmers, with the goal of sustainable agriculture. In 2004–2005, Health Canada invested approximately $4 million for this initiative.
Promote lawn IPM to homeowners and improve risk reduction information on pesticide labels. As well, we will pursue a harmonized pesticide classification system for Canada	Ongoing efforts included negotiation on a national classification system for domestic pesticides, as well as progress on communication outreach and label improvement projects. Bi-annual progress reports were provided to stakeholders. Since 2001, three of the seven Healthy Lawn strategies have been completed. The goal of the program is to reduce reliance on lawn care pesticides and promote the safe use of pesticides. http://www.healthylawns.net/
The new PCPA supports the objective of risk reduction in a variety of ways. Health Canada will develop and consult on new policies to facilitate the use of reduced-risk strategies and products. As well, we will consult with stakeholders on regulations regarding pesticide minor uses	Although the new Act will provide the authority to pursue these risk reduction activities, they are not mandatory for successful implementation of the new PCPA. There are no deliverables against these planned activities since our efforts were focused on the essential provisions of the Act.

Pest Management Regulatory Agency (PMRA) home page: http://www.pmra-arla.gc.ca

PMRA Strategic Plan 2003–2008: http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pdf/plansandreports/pmra_strategicplan2003-2008-e.pdf

Strategic Outcome:

Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making

Relevant Outcome in "Canada's Performance":

Healthy Canadians with Access to Quality Health Care

Objective

A health system that delivers better health outcomes through more effective use of information technologies; more and better health research; and the effective use of a base of timely, accessible and reliable health information and analysis for evidence-based decision-making and better public accountability.

Financial Information

2004–2005 (MILLIONS OF DOLLARS)			
	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Gross expenditures	98.7	107.9	107.3
Revenues	0	0	0
Net expenditures	98.7	107.9	107.3*
FTEs	608	614	629

* *This represents 3.8 percent of the Department's actual spending (excluding the Public Health Agency of Canada).*

Variances between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- increase funding for the Strategic Outcome "Access to Quality Health Services for Canadians for the Primary Health Care Transition Fund, Official Languages Minority Communities Program
- decrease in authorities as a result of direct funding related to the Public Health Agency of Canada (PHAC) being reflected in the Agency's own Performance Report

The actual spending is $0.6 million lower than total authorities mainly due to:

- year end adjustments of Department of Justice expenditures

Intermediate outcomes

- Improved health policies and programs
- Improved health decision-making and services
- More efficient delivery of Health Canada programs

Immediate outcomes

- Improved understanding of health issues and health system performance
- Increased use of e-technology in the health sector
- More reliable Information Management/Information Technology/Knowledge Management (IM/IT/KM) services

Priorities

- Accelerate the use of information and communications technologies in the health sector
- Develop a pan-Canadian framework to protect the privacy and confidentiality of personal health information
- Increase access to health evidence/information and its use in support of decision-making and accountability
- Implement the Information Management and Information Technology Strategy

Program, resources and results linkages

Program	Actual Expenditures[1]	Result Linkage
Activities under this strategic outcome generally consist of ongoing corporate support services rather than defined programs	Not applicable	Not applicable

[1] *The title has been changed from Resources to Actual Expenditures for clarification.*

Executive Summary

Improved evidence-base and increased use of information and communications technologies to support health decision-making

Our Department has two major areas of work under this strategic outcome. The first is the ongoing responsibility to provide information technology (IT) and information and knowledge management services to Health Canada, which is where we spend most of the resources listed in the chart above. During 2004–2005, in addition to our normal day-to-day operations, we developed and/or implemented strategies designed to enable us to meet needs in areas such as improved telecommunications capacity and IT security in the most cost-effective ways.

We also serve as Health Canada's focal point for addressing, with our partners, key policy issues, such as standards development and telehealth, that must be resolved in support of eHealth and the increased use of information and communications technologies in the health care system. As well, we are increasing access to the evidence that health decision makers need to make more informed decisions. In addition, we work with others to develop and report on performance measures that are

enabling governments and the health system to better demonstrate accountability to Canadians.

In general, we met or exceeded our targets during 2004–2005 in all these areas. For example, since Canadians expect privacy and confidentiality issues to be addressed in the use of information technology in the health field, we worked with many partners on addressing the relevant policy issues. We also conducted and funded health policy and administration research that is supporting better decision-making in the health system. Finally, we led the federal contribution to meeting the commitment by federal and provincial governments to report to Canadians on how the health system is performing.

PRIORITY 1: ONGOING

Accelerate the use of information and communications technologies in the health sector

The increased adoption of information and communications technologies in the health sector is essential to creating a sustainable health system that provides better access to services for Canadians, now and in the future. Since 2001, Canada Health Infoway Inc. (*Infoway*) has been allocated $1.2 billion in federal funding to work with provinces and territories in developing pan-Canadian eHealth solutions for electronic health records (EHR), telehealth and health surveillance. For example, *Infoway*, in collaboration with the provinces and territories, has set the goal of having the basic elements of an interoperable EHR in place across 50 percent of Canada (by population) by the end of 2009. Health Canada, in support of these goals, continued to focus on key policy issues that must be resolved so that an effective pan-Canadian approach to eHealth can be implemented.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Support Canada Health Infoway Inc.: Health Canada will continue to support *Infoway*'s progress through policy work including intergovernmental collaboration through the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Information and Emerging Technologies	Health Canada continued to support *Infoway* through policy work in areas such as standards development and telehealth, working in partnership with the provinces and territories in support of the development and implementation of a pan-Canadian eHealth system. A Key Informants Session on eHealth and Primary Health Care Renewal generated information for use in Health Canada policy development and for *Infoway*.
Resolve eHealth policy issues: Health Canada, in its role both as leader and partner on health issues, will continue to work with the provinces, territories, *Infoway*, and other health stakeholders, over the next three years, to develop strategic policy options that would begin to address eHealth policy concerns of those partners and Canadians	

PRIORITY 2: ONGOING

Develop a pan-Canadian framework to protect the privacy and confidentiality of personal health information

Ensuring privacy and confidentiality of individual information is critical to earning public support for EHR and other aspects of any pan-Canadian approach to eHealth. During 2004–2005, our major emphasis was on working with partners to identify how best to meet these legitimate expectations as new technologies are put to work.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Develop a harmonized approach to the privacy and confidentiality of personal health information: Health Canada will work with its partners to develop, by fall 2004, a pan-Canadian privacy and confidentiality framework that will establish harmonized and consistent approaches to personal health information handling practices	Recognizing the importance of privacy to Canadians, the Pan-Canadian Health Information Privacy and Confidentiality Framework was completed at the end of 2004 and endorsed by the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health in January 2005 (with Quebec and Saskatchewan abstaining). The Framework is intended as a guide rather than a prescription since legislators have the ultimate authority to determine the type of privacy legislation they wish to adopt. It harmonizes a set of rules for the collection, use and disclosure of personal health information while enabling the flow of information, where appropriate, to support effective health care, the management of the health system and an interoperable health record.

PRIORITY 3: ONGOING

Increase access to health evidence/information and its use in support of decision-making and accountability

Given the importance of health to Canadians and the need to put public resources to the best use, First Ministers have agreed to accountability measures such as the use of comparable indicators. Governments and the health system are also seeking out much more extensive health data to make more informed policy and program choices, as well as for performance management purposes. During 2004–2005, our Department was the focal point for this work in the Government of Canada and had a lead role in working with other governments to meet these expectations. This was demonstrated by the First Ministers' September 2004 commitment to the 10-Year Plan to Strengthen Health Care, which included commitments to improve performance reporting to Canadians in priority areas such as wait times, home care, health human resources, primary health care reform and health innovation. Our Department's central role was also demonstrated through our work to develop a new performance measurement framework and enhance our program evaluations.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Report on Comparable Health Indicators: Health Canada will continue to work with provinces and territories to identify additional comparable indicators and will report by November 2004	As part of a commitment to increased accountability and to provide better reporting to Canadians on health system performance, federal, provincial and territorial governments have agreed to provide comprehensive and regular public reporting on progress in achieving the reforms set out in the 2000 Health Communiqué and the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. The Federal Report on Comparable Health Indicators was released on November 30, 2004 after being audited by the Auditor General who indicated satisfaction with the data quality.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Improving Health Statistics: In 2004–2005, priorities were to: Analyze and understand the latest results from Statistics Canada's Canadian Community Health Survey, which will provide the first comprehensive portrait of Canadian nutrition; and	The Canadian Community Health Survey was released in June 2004 and made available to Health Canada and the Public Health Agency of Canada (PHAC) for analysis and data sharing.
Continue ongoing collaboration with Statistics Canada in planning the first ever Canadian Health Examination Survey, which will offer the first comprehensive physical measures, such as blood pressure, of the health of Canadians	We worked with the PHAC and provided regular feedback to Statistics Canada on priorities for the Canadian Health Examination Survey including the physical measures to be collected, the wording of the survey, the survey logistics and overall survey funding. The survey will be completed in 2007–2008.
Addressing Policy Research Gaps: Identify key policy research gaps that will be the focus of future work and establish the terms and specific projects for subsequent research	Through a collaborative process involving all line branches, four priority policy research areas were identified and endorsed by the departmental executive: Innovation in Health; Healthy Communities; First Nations and Inuit Health System Sustainability; and Regulation Research. These multi-year research programs, which involve both internal and external research, are under way. We published two Health Policy Research Bulletins: *Health Human Resources: Balancing Supply and Demand*; and *Child Maltreatment: A Public Health Issue*. http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/index_e.html#3
Improving the Health Canada Performance Management Framework: Obtain performance measurement information where it is currently lacking and improve on early performance information where possible	Our first set of performance data was produced in 2004–2005, beginning a process of at least two more years, to provide enough data to enable meaningful interpretation. We used our Performance Management Framework to facilitate development of our departmental Program Activity Architecture.
Strengthen Evaluation: Make evaluations more useful to departmental and central agency decision-making and strengthen departmental performance and accountability	We continued to develop and implement new tools, standards and guidelines to strengthen our program evaluation stewardship role. This included a risk-based process to assist in planning and identifying key evaluations, as well as tools to assess the quality of evaluation project workplans, evaluation reports, and results-based management and accountability frameworks and to conduct evaluability assessments.
Expanding the Canada Health Portal (CHP): The Department will seek to expand its partnerships beyond the 17 federal departments and agencies that already contribute resources to the CHP, the Government On-Line Initiative, accessed through the Government of Canada site, that provides health information	Site visits to the Canada Health Portal increased by 38 percent since last year. • Operating costs are currently $635.1 K. • During the year, we negotiated with the City of Toronto and the governments of Manitoba and Ontario on their participation in the Canada Health Portal.

PRIORITY 4: ONGOING

Implement a Departmental Information Management/Information Technology (IM/IT) Strategy

Because of the importance of information and communications technologies, but also the reality of limited funding, we emphasized the development of clear priority-setting processes; for example, by completing a final draft departmental Information Management/Information Technology Strategy, to guide spending and technology choices, particularly for our growing information management and telecommunications needs.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Improve IM Practices and further define the IM Framework: The Department will identify how best to improve IM practices, and further define the Department-wide IM Framework	We identified information management priorities and a departmental records management model. The technical feasibility of initiating deployment of the Government-wide Records/Document/Information Management System (RDIMS) in Health Canada beginning in 2006–2007 was explored. Both an information management capacity check and an information management sustainability plan were developed.
Maintaining and evolving the technological infrastructure: Address priority areas over the next few years including telecommunications capacity, in response to requirements for telehealth services, storage area networks that accommodate provincial/stakeholder information exchange, and security, with respect to privacy and threat mitigation	Telecommunications Capacity: Working with Public Works and Government Services Canada, we provided more communities across Canada with the ability to access telehealth services by providing network connectivity through the Converged Network Services. Storage Area Networks: Efforts were focused on telecommunications in 2004–2005 as noted above. Future directions with regards to Health Canada's Storage Area Networks include a more consolidated environment by expanding upon our existing infrastructure. This will allow for full redundancy, as well as alternate power sources achieved by moving storage offsite as part of the facilities and disaster recovery consolidation efforts. IT Security: The Way Forward project, a centralized approach to IT management in Health Canada, was approved in February 2005. The project scope includes establishing an ongoing IT risk-based security program that will ensure compliance with the Treasury Board Management of Information Technology Security (MITS) Standard by the December 2006 target date. Implementing the standard will help us to identify and deal with IT security risks.

Strategic Outcome:
Effective Support for the Delivery of Health Canada's Programs

Relevant Outcomes in "Canada's Performance":
Healthy Canadians with Access to Quality Health Care; Inclusive Society that Promotes Linguistic Duality and Diversity

Objective
To improve core management practices and support functions; to provide effective support for the delivery of Health Canada's programs and sound management practices across the Department.

Financial Information

2004–2005 (MILLIONS OF DOLLARS)

	Planned Spending	Total Authorities	Actual Spending
Gross expenditures	199.3	251.0	231.7
Revenues	(0.7)	(0.7)	(0.5)
Net expenditures	198.6	250.3	231.2*
FTEs	1,378	1,149	1,341

* *This represents 8.2 percent of the Department's actual spending (excluding the Public Health Agency of Canada).*

Variance between planned spending versus total authorities are mainly due to:

- funding related to support for First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities
- funding for the implementation of specific advertising initiatives
- direct funding related to the Public Health Agency of Canada (PHAC) being reflected in the Agency's own Performance Report

The actual spending is $19.1 million lower than total authorities mainly due to:

- timing issues related to the implementation of certain advertising initiatives and litigation and settlements for blood products
- setting aside of funds to cover increased costs of the employee benefit plan
- year end adjustments and lower than expected expenditures in various programs

Intermediate outcomes

N/A

Immediate outcomes

N/A

Priorities

- Improving accountability to Canadians through continuous improvement of management practices and rigorous stewardship of resources
- Effective regional delivery of Health Canada programs tailored to meet local conditions
- Improve the Department's capacity to perform, harness, translate and use sound science to support evidence-based decision-making, thereby optimizing health outcomes and minimizing health risk for Canadians
- Implement Health Canada's component of the Federal Government's Official Languages Action Plan for increasing access to services by Official Language Minority Communities

Program, resources and results linkages

Program	Actual Expenditures[1]	Result Linkage
Activities under this strategic outcome generally consist of ongoing corporate support services rather than defined programs	Not applicable.	Not applicable.

[1] *The title has been changed from Resources to Actual Expenditures for clarification.*

Executive Summary

This strategic outcome includes the full range of corporate service activities with the exception of information technology and information management, which are addressed under Improved Evidence-Base and Increased Use of Information and Communications Technologies to Support Health Decision-Making.

During 2004–2005, in addition to our ongoing activities, we acted in many ways to improve accountability for our use and management of resources, complementing that by new risk management initiatives and a strengthened internal audit function. We also extended the activities that are improving our management of human resources. As a Department with an important presence in all of Canada's regions, our regional staff worked with communities, provincial and territorial governments, and many other partners to ensure that Health Canada programs and services would respond to specific needs and opportunities in those regions.

This strategic outcome also includes the departmental commitment to the creation and use of high-quality science across our strategies and activities. The Office of the Chief Scientist continued to be the focal point for science leadership in Health Canada and was responsible for an extensive range of efforts to ensure that our Department has the science capacity needed to ensure sound policies and programs. That Office did a great deal to link the Health Canada science community to the science community beyond the Department.

Activities in support of Official Language Minority Communities' health form part of the work under this strategic outcome. Our Department continued to support

specific measures to improve access to health services for those communities in their own language and to meet other goals under the Government of Canada Official Languages Action Plan.

PRIORITY 1: ONGOING

Improving accountability to Canadians through continuous improvement of management practices and rigorous stewardship of resources

For 2004–2005, this priority was a consistent theme of the corporate service functions to become an effective, accountable organization. Efforts to reach the goals of the Modern Management Strategy Action Plan included activities to strengthen accountability and stewardship throughout Health Canada. In support of our efforts to promote sound management practices, the Department adopted the Management Accountability Framework (MAF), introduced by the TBS in 2003. We are using the MAF as a lens to assess management practices and identify areas for further improvement. The Department remains engaged in supporting a modern management culture by encouraging management excellence within its complex operating environment.

The Department has been active in the development of its new Program Activity Architecture (PAA) with associated performance measures and input to the TBS Expenditure Management Information System (EMIS) database.

Also, our Department has made steady progress in implementing an Integrated Risk Management Framework, as evidenced by the development of the Departmental Corporate Risk Profile and the recent completion of the internal environmental scanning exercise. Risk is a factor in decision-making at Health Canada and good progress has been made in integrating risk management into strategic and operational planning.

Human resources and workplace strategies focused on evolving to a workplace that demonstrates "ethics in action" and is a model of effective human resources management. An expanded focus on the internal audit and special investigations functions reinforced our capacity to identify and act on risks and potential problems, as does our work to improve security of assets.

The Department's commitment to integrate sustainable development in our operations was part of an ongoing, Government-wide recognition that federal departments can be leaders in applying the principles of sustainable development to operations, as well as to policy and program activities.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Following through on the Modern Management Strategy (MMS) Action Plan Further implementation of the MMS Action Plan Implement the MAF	In moving forward on the management improvement agenda, the assessment of the Department's management capabilities and practices in the context of the MAF was completed. Important progress has been achieved in improving management practices and strengthening stewardship and accountability throughout the complex operating environment of the Department. Health Canada is pursuing in its efforts to develop a culture where managers at all levels focus on improving transparency and openness and strengthening stewardship and accountability.
Strengthening Accountability and Stewardship Define an effective regime to actively monitor and assess financial management practices and controls	Health Canada began to implement a new Financial Management and Control Framework. It is addressing many related priorities for action throughout the Department and is based on a clear Financial Management Vision that we relaunched in 2004–2005. A permanent office has been created that is now overseeing and identifying continuous improvements in financial management in the Department and making training on it mandatory for all managers. The Department continues to train managers on their respective financial management responsibilities and on the tools they need to use, including updating our financial delegation authorities. It is through these processes that we have clarified and emphasized the financial stewardship responsibilities of all our managers.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	We reinforced these actions with other improvements that streamlined and updated the terms and conditions that govern our grants and contributions programs and strengthened the management of departmental contracting. Health Canada continued to enhance its performance measurement systems to better enable us to define the results that we want to achieve and make the best use of our resources, while also expanding our use of risk management analysis and tools across departmental planning and operations.
	Treasury Board approved all but one of the updated sets of terms and conditions for our Department's programs by March 31, 2005. This renewal process enabled us to consolidate management of 47 programs under eight general sets of terms and conditions, with just six other sets of terms of conditions for unique programs. This change will streamline the management of these programs for both our Department and partner organizations. It complements our new departmental grants and contributions management framework launched in 2002. Oversight, monitoring and review systems, and processes for contracts and grants and contributions, are reinforcing accountability and stewardship for Health Canada, organizations receiving grants and contributions and those receiving contracts. Health Canada has made steady progress in implementing Integrated Risk Management as evidenced by the development of the first Departmental Corporate Risk Profile and the recent completion of the first Internal Environmental Scan exercise, which complements the External Environmental Scan. The information garnered from these two undertakings will be used to support the strategic priority setting exercise.
	We continued our efforts on implementation of the Contract Management Control Framework and Action Plan that would improve Health Canada contract management practices. By the end of 2004–2005, 98 percent of the recommendations identified in the Contract Management Framework Action Plan have been implemented. It is anticipated that 100 percent completion will be achieved by November 2005. The Action Plan centres on a number of elements including: engagement of senior management; improvement of management systems, practices and controls; a governance structure to clarify roles, responsibilities and accountabilities of individuals and committees involved in the management of contracting processes; four-day mandatory training for Contract and Requisition Control Committee members and employees involved in the quality assurance function and, a revised, strengthened delegation instrument that explains the conditions attached to the delegation of authorities, including a one-day mandatory training requirement for all Cost Centre Managers and Cost Centre Administrators.
People Management Provide employees with opportunities for values and ethics dialogue, guidance, support and tools through the Centre for Workplace Ethics (CWE)	Provided generic ethics learning (Ethics 101, Everyday Ethics and Ethical Leadership) to branches, agencies and regions. Developed customized learning products for specific communities of practice (Nursing, Financial Management, Regulators, Science Managers etc.) Developed generic ethics competencies for all staff and ethics performance requirements for executives. Continued research to develop a model to measure departmental performance with respect to values and ethics.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Promote a healthy work environment for employees by creating the Ombudsman Service which provides a confidential, informal and neutral resource to facilitate resolution of work related concerns	Continued promotion of the Ombudsman Service by providing on-site service and presentations at staff and management meetings across the country. As part of the overall plan to measure effectiveness of the Ombudsman Service: conducted a survey relating to employee awareness of the Service, and released the *Ombudsman Service 2004 Annual Report*, identifying trends and observations on the issues being raised by employees.
Implement initiatives under our Workplace Health and Human Resources Modernization (WHAHRM) Action Plan	Under the WHAHRM umbrella, Health Canada implemented significant improvements in priority areas, including: Leadership and Accountability: people management objectives were added to the Performance Discussion Process, as well as a corporate 100 percent completion rate goal; a leadership (management) development framework was developed, a continuous learning policy is now in place; and, a progress report to employees was issued with quarterly updates provided to the WHAHRM oversight committee. Workload: WHAHRM produced studies on the use of overtime and on Executive Work-Life Balance. The popular *Worksmarts* and *Innovative Practices* publications were shared with the Association of Public Service Executives (APEX), with a view to helping management across the public service cope with workload issues. The Healthy Cafeteria Program continued to expand to new sites and awareness raising campaigns on smoking, nutrition, mental health and physical activity were held. The policy on the Duty to Accommodate was reinforced and recommunicated widely.
	Parliament passed the *Public Service Modernization Act*, which reforms human resources management in the federal government. To improve responsiveness of programs to the needs of the public and to provide for a more efficient and effective staffing process, we obtained approval to use staffing tools such as pre-qualified pools (PQPs), recruitment without competition from outside the public service, and a science and technology inventory. These actions will help Health Canada to be representative of the population we serve, and be responsive to human resource requirements in the critical areas of management, science and technology. Several audits and evaluations of Human Resources Management took place in 2004–2005. These audits/evaluations resulted in suggested improvements/action plans for implementation in 2005–2006. For more information, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca
Strengthened Internal Audit and Special Investigation Functions Implement the multi-year risk-based internal audit plan	Our internal audit work was guided by risk principles and focused on the three key results areas identified in the Treasury Board Policy on Internal Audit (risk management strategy and practices, management control frameworks and practices and information used for decision-making and reporting). The Audit and Accountability Bureau (AAB) developed and tabled a risk-based audit plan for 2004–2005. To view summaries of audit reports tabled before Health Canada's Departmental Audit and Evaluation Committee in 2004–2005, please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/index_e.html

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	To enhance the Special Investigation (SI) Function within the Bureau, AAB established a separate SI Division. The SI Division implemented a Memorandum of Understanding (MOU) with Indian and Northern Affairs Canada, Health Canada, and the Royal Canadian Mounted Police. This MOU encourages and facilitates cooperation among the departments on the referral of allegations of potential wrongdoing. This demonstrates to staff, partners, stakeholders and Canadians as a whole, that the Department is managing for results, as well as ensuring rigorous stewardship of resources.
Improving Security of Health Assets Implement a three-year business plan to enhance the protection of employees, sensitive departmental assets and information	The departmental security program for employee and asset security was maintained at a Level II—Heightened State of Security commensurate with the requirements of TBS's Government Security Readiness Standard.
Adopt an integrated security program	Implementation of the year two recommendations of the Departmental National Security Review Project, continued to lead to a fully integrated departmental security program in Health Canada facilities nationally. This program results in a departmental management framework in which safety, emergency and security considerations are part of program and employee planning and decision-making and, contributes to the continuity of essential service delivery to employees, as well as asset protection.
Business Continuity Program Enhance the management structure for Business Continuity Planning (BCP)	Consultations led to an upgrading of the Departmental BCP database. A BCP progress report template was developed as an audit tool to monitor BCP program performance. A 1-877 Department-wide Business Continuity Hotline was initiated for employees to call to determine the status of service disruptions during major emergency situations.
Integration of Sustainable Development into our operations Integrate sustainable development into decision-making and management processes Adopt a pollution prevention approach and identify, prioritize and propose mitigation/remediation steps in addressing Department-specific issues	Health Canada's Sustainable Development Strategy is reported in Table 14 of this Report and on the Office of Sustainable Development Web site. For more information please visit: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_e.html

PRIORITY 2: ONGOING

Effective regional delivery of Health Canada programs tailored to meet local conditions

The policies, programs and services of Health Canada remain responsive to the varied needs of the many communities it serves across the country. Through partnerships and collaborative relationships, as well as the engagement of key stakeholders and citizens, Health Canada's regional offices are well-informed as to local priorities and provide the expertise and flexibility to respond to the unique needs of our communities. The leadership demonstrated by Health Canada's regions in furthering horizontal relationships, facilitating multi-partnered initiatives and fostering innovation continues to be an important asset to the Department as provincial and territorial approaches to managing the health care agenda evolve.

Health Canada Regions also enhance the profile and presence of the Department through the strategic use of the Health Canada Innovation Fund. This Fund allows Regions to maximize and leverage partnership opportunities through the development of projects in direct response to local needs. The outcomes of a number of these Innovation Fund projects, among other Regional Initiatives, are featured in the information which follows.

NOTE: Given the multi-sectoral and collaborative nature of the Regional Initiatives to be described, this narrative does not provide resource details.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Enhanced relationships with other jurisdictions	**Quebec:** Follow-up on Harmonization Committee of Perinatal Programs for At-Risk Families in Local Community Services Centres. We participated in making changes to the pregnancy and childbirth information sheet used by the CLSCs so that information could be gathered on the clients served in the children's programs. The information will provide us with evidence and show the results of our actions. **Ontario/Nunavut:** Virtual Circle of Officials The Virtual Circle of Officials was established in 2003–2004 as a unique partnership between Health Canada, the Government of Nunavut, and the territories land claims Inuit organization, Nunavut Tunngavik Incorporated (NTI), to draw on information and communications technologies to support collaboration. Outcomes for the first year include enhanced communication between partners, community outreach and awareness of Health Canada's programs, as well as an environmental scan of family health in Nunavut.
Targeted research	**British Columbia/Yukon:** Urban Design and Health The BC and Yukon Region provided seed funding to a local community organization for a multi-sectoral research project entitled: Healthy Livable Communities: the Population and Urban Form Connection. The project involved consultation with key stakeholders and the development of an inventory of available data. Project outcomes included a literature review which highlighted a strong correlation between urban form and population health, as well as the development of a conceptual model to further research and analysis.
Strengthened stakeholder networks	**Ontario/Nunavut:** Great Lakes Public Health Network In 2004, the Ontario and Nunavut Region worked in partnership with the provincial Ministry of Health and Long-Term Care to design a structure for a Great Lakes Public Health Network. The Network is intended to facilitate information-sharing on environmental health issues among those federal and provincial governments mandated to protect public health in the Great Lakes Basin. The initiative is proceeding with a call for membership set for summer 2005. **Atlantic:** Atlantic Wellness Strategy The four Atlantic provincial Health Departments and Health Canada's Atlantic Region had been working together to develop an Atlantic Wellness Strategy, aimed initially at improving nutrition and activity levels in Atlantic Canada, with a focus on children and youth. Due to a number of factors, including structural changes within the Department and personnel changes among the partners, progress on the initiative has been slower than anticipated. However, work in relation to wellness continues on individual tracks within the four provinces, the Public Health Agency of Canada and Health Canada. Support for the initiative remains and an updated implementation strategy will be developed over 2005–2006.
Improved client service and reach	**Alberta/Northwest Territories:** SuperNet Pilot Project In collaboration with the Big Stone First Nations community, the Alberta/NWT Region will shortly connect the reserve's health centre to the provincial SuperNet, a high speed, broadband fibreoptic network. This connection to the broadband network allows for more reliable and less costly access to the Internet than the previous satellite link and will facilitate access to electronic health information and other services previously unavailable on-reserve.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	Manitoba/Saskatchewan: Comprehensive Evaluation The Manitoba/Saskatchewan Region's initiative to streamline the administration of financial and evaluation reporting for Early Childhood Development groups having multiple sources of funding was undertaken by the Population and Public Health Branch, now the Public Health Agency of Canada. For more information on Public Health Agency initiatives, visit their Web site at: http://www.phac-aspc.gc.ca/new_e.html

PRIORITY 3: ONGOING

Improve the Department's capacity to perform, harness, translate and use sound science to support evidence-based decision-making, thereby optimizing health outcomes and minimizing health risk for Canadians

The Chief Scientist provides science advice to the Deputy Minister and brings leadership, coherence and expertise to the overall strategic direction of Health Canada's scientific responsibilities. The Chief Scientist works to strengthen the Department's capacity to conduct quality science and provide science advice and to ensure that science informs the policies, programs and services that lead to better health for Canadians.

In 2004–2005, the Chief Scientist focused his efforts on:

Promoting effective use of science in policy making through the employment of quality scientific advice in policy and regulatory decisions.

Enhancing science capacity and quality to ensure that Health Canada has the capacity to meet current and emerging challenges for Canadians.

Raising awareness and understanding of science conducted at Health Canada.

Formalizing science policy and management in Health Canada, thereby enhancing its credibility as a scientific organization and enabling it to play a strong role with partners in advancing the federal Science and Technology Agenda.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Promoting Effective Use of Science in Policy Making: Development of a Framework for Science which will be used to enhance the quality and use of science to inform decisions about policies, regulations, and programs relevant to the health of Canadians	The Office of the Chief Scientist (OCS) sponsored an intra-departmental roundtable event to discuss science/policy interface. A diverse group of experts and policy makers discussed issues related to science policy gaps and building social capital. Participants identified strengths, obstacles and gaps. Discussions will be required to understand the challenges and further enhance science policy. An inventory of Health Canada's science programs and activities was developed. Lessons learned from the mapping exercise and further consultation with the scientific community highlighted areas for improvement in the performance and management of science. The Framework will also provide the basis for science planning and priority-setting and the establishment of integrated science partnerships. The Framework for Science will identify principles for science roles, and responsibilities for effective science management and use of science resources, as well as the operating conditions critical to the conduct of excellent science and technology.
Expert Science Advice	The OCS has begun to explore methods and databases that can assist the Department to identify appropriate external experts and facilitate the production of timely expert science advice for issues of critical importance. The OCS coordinated two sample case studies using external experts (for health/safety of Citronella and Drug Safety) and will analyze these to better determine methods of identifying experts, verifying credentials and identifying conflicts of interest, producing standard operating procedures and developing a database of known experts.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	The Science Advisory Board (SAB) provides a valued source of expert, independent advice to the Minister of Health on science performed and used by Health Canada, focusing on the future direction of scientific programs, emerging health sciences and scientific trends, scientific partnerships and linkages. The pervading theme for the Board's work in 2004–2005 was Managing Science in Times of Change and this was reflected in its provision of advice on public health issues related to the new Public Health Agency of Canada. The Board advised on departmental science needs and capacity, risk management strategies, and the need for openness and transparency in decision-making. Science conducted in the Department must meet ethical standards for research involving human subjects. With a mandate to make certain that "all research involving humans carried out by Health Canada meets the highest scientific ethical standards," the Research Ethics Board (REB) supports the Chief Scientist and Deputy Minister in proposing modifications or recommending approval, rejection, or termination of any proposed or ongoing research involving humans. The REB is active and its Secretariat which is located in the OCS, has developed a review process highly respected by departmental researchers. In 2004–2005, the REB reviewed 75 protocols.
Enhancing science capacity and quality	The Chief Scientist focused on science quality through the development of the Post-Doctoral Fellowship program which offers research opportunities to highly trained and qualified young professionals. The program exposes fellows to career opportunities at Health Canada, resulting in a pool of new scientific minds to serve the Department. The program currently supports 10 fellows, three of whom joined the program last year.
Raising awareness and understanding of science conducted at Health Canada through partnerships with stakeholders	The Chief Scientist is committed to working in partnership. The OCS is actively building partnerships to spur scientific advances that improve health. Most notable among the partnerships is the bond between Health Canada and the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). The Chief Scientist fosters and facilitates that partnership by acting as a catalyst for collaborative research initiatives in areas of strategic importance. For example, in 2004–2005, Health Canada was an active scientific and funding partner in projects to reduce health disparities among Canadians. In addition, the OCS co-sponsored the Policy Forum on Health Disparities, which brought together researchers and federal and provincial officials to begin drafting policy. Other partnerships active throughout 2004–2005 include: The Safe Food and Water initiative with CIHR, the Severe Acute Respiratory Syndrome consortium with the Public Health Agency of Canada and CIHR, and innovative exchange programs with the Department of Foreign Affairs and International Trade. Canada has special expertise in coordinating efforts in global health research, demonstrated by the activities of the new Global Health Research Initiative (GHRI). GHRI is a unique partnership which brings together four federal agencies (Canadian International Development Agency, CIHR, Health Canada and International Development Research Centre), deploying their distinctive strengths to increase Canada's contributions to global health research and its use.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
	Internationally, the Chief Scientist has been involved in forging partnerships with Africa, the UK, France and Spain. For example, he attended an Africa-Canada-UK seminar held in London, UK. This seminar was designed to explore how Canada and the UK could work together more effectively to build science and technology capacity with African partners. He also attended a bilateral meeting with the UK National Science Advisor and key UK scientists to discuss Canada-UK bilateral relations. These activities enable the Chief Scientist to build international linkages which cement innovative approaches for departmental scientists and scientists in developed and developing countries.
	The Science Forum has grown into a national showcase for Health Canada's innovative science. The 2004 Forum, which focused on Current Health Challenges Facing Canadians, included experts in law, environmental health, biotechnology, pharmacology and medicine. Discussions centred on science-based solutions to important health issues. The diversity of health-related disciplines provided a broad perspective, enriching the foundation for evidence-based decision-making affecting the health of Canadians. The 2004 Forum included a team of Russian scientists, adding an international perspective and opening the door for the sharing of research results and best practices at a global level. Science is key to helping Canadians maintain and improve their health. The OCS is committed to meeting the challenges of the 21st century with solid, effective and quality science.

PRIORITY 4: ONGOING

Implement Health Canada's component of the Federal Government's Official Languages Action Plan for increasing access to services in Official Language Minority Communities

During 2004–2005, our Department continued our responsibilities under the *Official Languages Act* and the Official Languages Action Plan, both in terms of responding to health system issues facing members of Official Language Minority Communities and in terms of ensuring our capacity to consult effectively with those communities.

RPP Commitments 2004–2005	Report on Results
Address the concerns of English and French-speaking minority language groups about access to health-related services	To date, through a combination of funding and collaborative effort, 27 community networks have been established across Canada; 140 post-secondary students from universities and colleges graduated from health programs in French; and, procedures have been put in place to begin language training for health professionals in fall 2005 in Quebec.
Develop a new policy on official languages	On December 1, 2004, Health Canada implemented a new policy to support Official Language Minority Communities (OLMC). This policy reflects the federal government's priority regarding access to health services for all Canadians, as outlined in the Prime Minister's response to the 2004 Speech from the Throne. Branches and regional offices will report on their activities and progress under this policy in Health Canada's annual *Status Report on the Implementation of Section 41 of the Official Languages Act*. Mechanisms implemented to encourage consultations include: updates of contact lists and regional databases containing OLMCs; invitation to OLMCs to participate in submitting project proposals under various programs and activities; participation of Health Canada officials on committees, subcommittees and working groups related to OLMCs; and in community workshops; and, participation of Health Canada employees at internal information sessions on the *Official Languages Act*.

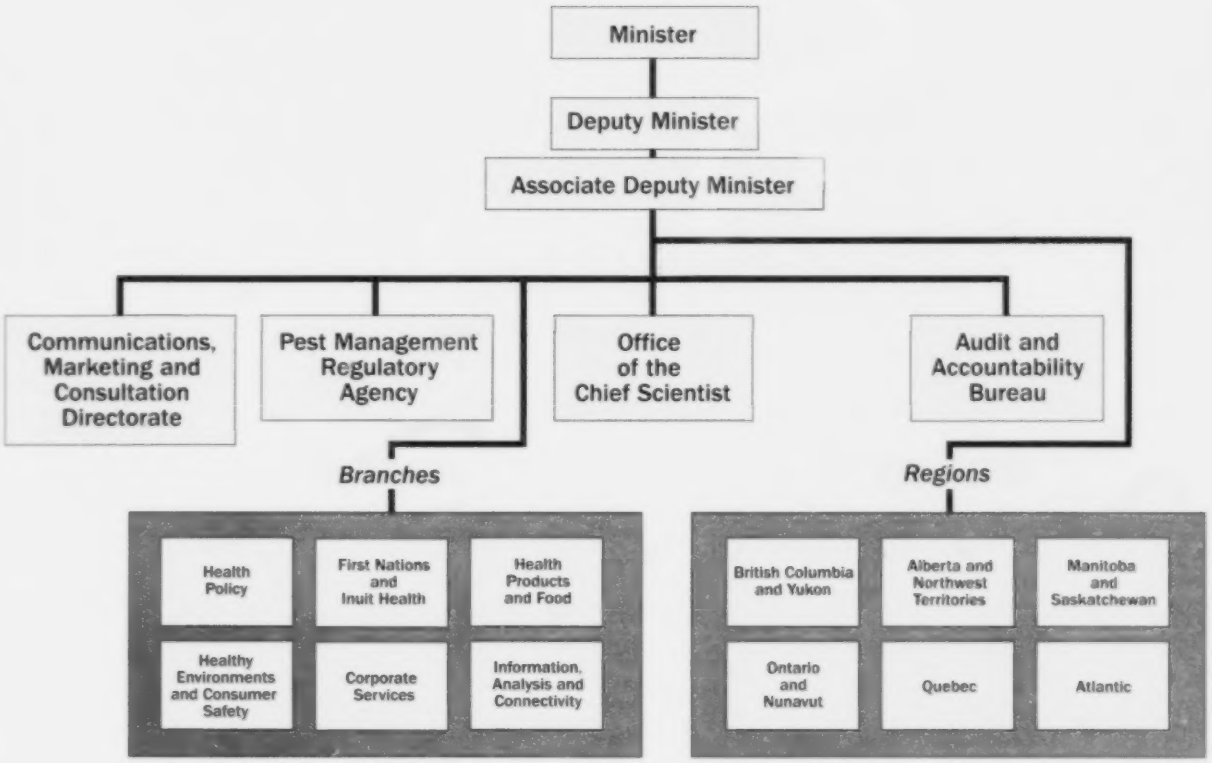
Section III

Supplementary Information

Organizational Chart

This organizational chart indicates the major division of responsibilities, accountabilities and corresponds to the Business Lines structure within Health Canada as of March 31, 2005.

There was one major change during 2004–2005. The former Population and Public Health Branch became the basis of the new Public Health Agency of Canada (PHAC), effective September 24, 2004. This change is described in detail in Section I of this Report in the Summary of Performance.



For more information: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/index_e.html

Crosswalk between Business Lines and Program Activities Main Estimates 2005–2006

(MILLIONS OF DOLLARS)

Business Lines	Program Activities					Total
	Health Policy, Planning and Information (HPPI)	Health Products and Food (HPF)	Healthy Environments and Consumer Safety (HECS)	Pest Control Product Regulation (PCPR)	First Nations and Inuit Health (FNIH)	
Health Care Policy (HCP)	356.4					**356.4**
Health Promotion and Protection (HPP)		184.0	211.7	41.4		**437.1**
First Nations and Inuit Health (FNIH)					1,684.6	**1,684.6**
Information and Knowledge Management (IKM)	50.3	14.3	14.4	3.3	25.0	**107.3**
Departmental Management and Administration (DMA)	15.3	41.2	41.6	9.3	123.8	**231.2**
Main Estimates —Net Program Spending	**422.0**	**239.5**	**267.7**	**54.0**	**1,833.4**	**2,816.6**

Financial Table 1: Comparison of Planned to Actual Spending (incl. FTEs) (MILLIONS OF DOLLARS)

This table offers a comparison of the Main Estimates, Planned Spending, Total Authorities and Actual Spending for the recently completed fiscal year, as well as historical figures for Actual Spending.

The $141.2 million increase from Main Estimates to Planned Spending is due to anticipated funding for such initiatives as the Pan-Canadian Public Health System, Canadian Diabetes Strategy, Labrador Innu Healing Strategy, and Assisted Human Reproduction Agency.

The $424.2 million decrease from Planned Spending to Total Authorities is mainly due to the creation of the Public Health Agency of Canada (PHAC) on September 24, 2004 and the subsequent transfer of funds. Also of significance was the funding reduction related to the new advertising management process announced by Cabinet in March 2004.

The $66.7 million difference between Total Authorities and Actual Spending is mainly the result of:

- Therapeutics Access Strategy (TAS) funding to be carried forward for future year requirements;
- decrease in Non-Insured Health Benefits planned spending;
- delays in Indian Residential Schools Program;
- delays in the implementation of certain advertising initiatives;
- year end adjustments of Department of Justice (DOJ) expenditures;

The $1,375.8 million increase in spending from 2002–2003 to 2003–2004 is mainly the result of funding for SARS/WNv/BSE and the payment of four large grants (Province of Ontario for SARS, Canada Health Infoway Inc., Canadian Health Services Research Foundation, and Canadian Institute for Health Information).

	2002–2003	2003–2004	2004–2005			
Business Lines	**Actual Spending**	**Actual Spending**	**Main Estimates**	**Planned Spending (1)**	**Actual Authorities (2)**	**Actual Spending (2)**
Health Care Policy	133.1	324.4	369.7	378.4	363.3	356.4
Health Promotion and Protection	802.2	1,173.9	825.3	929.9	452.7	437.1
First Nations and Inuit Health	1,465.4	1,553.9	1,677.3	1,701.9	1,709.1	1,684.6
Information and Knowledge Management	111.1	767.1	98.4	98.7	107.9	107.3
Departmental Management and Administration	206.1	274.4	195.6	198.6	250.3	231.2
Total	**2,717.9**	**4,093.7**	**3,166.3**	**3,307.5**	**2,883.3**	**2,816.6**
Less: Non-Respendable Revenue	-35.2	-56.0	0.0	-8.6	-8.6	-51.3
Plus: Cost of services received without charge*	78.5	89.5	0.0	86.8	86.8	58.9
Net Cost of Department	**2,761.2**	**4,127.2**	**3,166.3**	**3,385.7**	**2,961.5**	**2,824.2**
Full-Time Equivalents	**8,833**	**9,572**	**9,020**	**9,133**	**7,778**	**8,026**

1) from the 2004-2005 Report on Plans and Priorities

2) from the 2004-2005 Public Accounts

* *Services received without charge usually include accommodation provided by PWGSC, the employer's share of employees' insurance premiums, Workers' Compensation coverage provided by Social Development Canada, and services received from the Department of Justice Canada.*

Financial Table 2: Use of Resources by Business Lines

(MILLIONS OF DOLLARS)

This table reflects how resources are used within Health Canada by appropriation and by business line.

Business Lines	Operating	Capital	Grants and Contributions	Total Gross Expenditures	Less: Respendable Revenues	Total Net Expenditures
Health Care Policy						
(Main Estimates)	75.7		294.0	369.7		369.7
(Planned spending)	84.4		294.0	378.4		378.4
(Total authorities)	*85.8*		*277.5*	*363.3*		*363.3*
(Actual spending)	**82.9**		**273.5**	**356.4**		**356.4**
Health Promotion and Protection						
(Main Estimates)	618.4		267.3	885.7	-60.4	825.3
(Planned spending)	712.8		277.5	990.3	-60.4	929.9
(Total authorities)	*470.8*		*43.2*	*514.0*	*-61.3*	*452.7*
(Actual spending)	**445.5**		**42.9**	**488.4**	**-51.3**	**437.1**
First Nations and Inuit Health						
(Main Estimates)	943.1		739.7	1,682.8	-5.5	1,677.3
(Planned spending)	950.4		757.0	1,707.4	-5.5	1,701.9
(Total authorities)	*932.6*	*0.3*	*781.7*	*1,714.6*	*-5.5*	*1,709.1*
(Actual spending)	**908.9**	**0.3**	**779.4**	**1,688.6**	**-4.0**	**1,684.6**
Information & Knowledge Management						
(Main Estimates)	76.4		22.0	98.4		98.4
(Planned spending)	76.7		22.0	98.7		98.7
(Total authorities)	*80.1*		*27.8*	*107.9*		*107.9*
(Actual spending)	**79.8**		**27.5**	**107.3**		**107.3**
Departmental Management & Administration						
(Main Estimates)	171.6	3.9	20.8	196.3	-0.7	195.6
(Planned spending)	174.7	3.9	20.7	199.3	-0.7	198.6
(Total authorities)	*195.7*	*3.0*	*52.3*	*251.0*	*-0.7*	*250.3*
(Actual spending)	**176.4**	**3.0**	**52.3**	**231.7**	**-0.5**	**231.2**
Total						
(Main Estimates)	1,885.2	3.9	1,343.8	3,232.9	-66.6	3,166.3
(Planned spending)	1,999.0	3.9	1,371.2	3,374.1	-66.6	3,307.5
(Total authorities)	*1,765.0*	*3.3*	*1,182.5*	*2,950.8*	*-67.5*	*2,883.3*
(Actual spending)	**1,693.5**	**3.3**	**1,175.6**	**2,872.4**	**-55.8**	**2,816.6**

The variance in the Health Promotion and Protection Business Line between Planned Spending and Total Authorities is mainly due to the creation of the Public Health Agency of Canada (PHAC) on September 24, 2004 and the subsequent transfer of funds (Operating, Grants & Contributions) as well as a funding reduction related to the new advertising management process announced by Cabinet in March 2004.

The variance in Departmental Management and Administration between Planned Spending and Total Authorities is mainly related to funding (contributions) to support First Nations' construction and restoration of on-reserve facilities and funding for the implementation of specific advertising initiatives.

More detailed explanations on all business lines can be found in Section II: Analysis of Performance by Strategic Outcome.

Financial Table 3: Voted and Statutory Items (MILLIONS OF DOLLARS)

This table basically replicates the summary table listed in the Main Estimates. Resources are presented to Parliament in this format. Parliament approves the voted funding and the statutory information is provided for information purposes.

Vote		2004–2005			
		Main Estimates	Planned Spending (1)	Total Authorities (2)	Actual Spending (2)
Health Canada					
1	Operating Expenditures	1,702.4	1,814.9	1,602.3	**1,542.7**
5	Grants and Contributions	1,343.8	1,371.2	1,182.6	**1,175.7**
(S)	Minister's Salary and Car Allowance	0.1	0.1	0.1	**0.1**
(S)	Payments for insured health services and extended health care services	—	—	-0.1	**-0.1**
(S)	Canada Health Infoway Inc.	—	—	0.0	**0.0**
(S)	Spending of proceeds from the disposal of surplus Crown assets	—	—	0.3	**0.1**
(S)	Refunds from previous years' Revenue	—	—	0.1	**0.1**
(S)	Collection agency fees	—	—	0.0	**0.0**
(S)	Contributions to employee benefit plans	120.0	121.3	98.0	**98.0**
Total Department		**3,166.3**	**3,307.5**	**2,883.3**	**2,816.6**

1) from the 2004-2005 Report on Plans and Priorities

2) from the 2004-2005 Public Accounts

S) indicates expenditures the Department is required to make that do not require an appropriation act.

Financial Table 4: Net Cost of Department (MILLIONS OF DOLLARS)

	2004–2005
Total Actual Spending	2,816.6
Plus: Services without Charge	
Accommodation provided by PWGSC	10.3
Contributions covering employer's share of employees' insurance premiums and expenditures paid by TBS	44.5
Workers' compensation coverage provided by Social Development Canada	0.8
Salary and associated expenditures of legal services provided by Justice Canada	3.3
Less: Non-Respendable Revenue	-51.3
2004–2005 Net Cost of Department	**2,824.2**

Financial Table 5: Contingent Liabilities

The Department is involved in individual and class action suits against the Government, mainly involving allegations of negligence relating to the regulation of medical devices, blood and drug products. Because of the early stage of the litigation in these cases, and the complexity of the issues, it is not possible to provide a reasoned assessment of contingent liability at this time.

Financial Table 6: Sources of Respendable and Non-Respendable Revenue (MILLIONS OF DOLLARS)

Reflected in this table is the collection of respendable revenues by business line/service line and of non-respendable revenues by classification and source.

Respendable revenues refers to funds collected as user fees or to recover the cost of departmental services. These revenues include those both external and internal to the government, the majority being external.

A variety of respendable revenues are collected which include Medical Devices, Radiation Dosimetry, Drug Submission Evaluation, Veterinary Drugs, Pest Management Regulation, Product Safety, hospital revenues resulting from payments for services provided to First Nations and Inuit Health hospitals, which are covered under provincial or territorial plans, and for the sale of drugs and health services for First Nations communities.

Non-respendable revenues are shown by source in order to reflect the information in a useful format. The Department is not allowed to respend these revenues.

	2002–2003 Actual Revenues	2003–2004 Actual Revenues	2004–2005 Main Estimates	2004–2005 Planned Revenues	2004–2005 Total Authorities	2004–2005 Actual Revenues
RESPENDABLE REVENUES						
Business Lines/Service Lines						
Health Promotion and Protection						
Population and Public Health	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Health Products and Food	32.2	34.2	40.7	40.7	40.7	34.7
Healthy Environments and Consumer Safety	7.5	8.6	12.7	12.7	13.6	10.5
Pest Management Regulation	6.8	6.6	7.0	7.0	7.0	6.1
First Nations and Inuit Health						
First Nations and Inuit Health	5.9	3.5	5.5	5.5	5.5	4.0
Departmental Management and Administration						
Corporate Services	0.4	0.5	0.7	0.7	0.7	0.5
Total Respendable Revenues	**52.9**	**53.5**	**66.6**	**66.6**	**67.5**	**55.8**
NON-RESPENDABLE REVENUES						
Main Classification and Source						
Non-tax revenues						
Refunds of expenditures	27.0	43.9				41.8
Sales of goods and services	0.7	6.1				2.5
Other fees and charges	7.2	5.8		8.6	8.6	6.8
Proceeds from the disposal of surplus Crown assets	0.3	0.2				0.2
Miscellaneous non-tax revenues	0.0	0.0				
Total Non-Respendable Revenues	**35.2**	**56.0**	**0.0**	**8.6**	**8.6**	**51.3**
Total Revenues	**88.1**	**109.5**	**66.6**	**75.2**	**76.1**	**107.1**

The variance between 2002–2003 and 2003–2004 for actual respendable revenues in First Nations and Inuit Health is due to the transfer to provincial jurisdiction of $3.6 million in revenue authorities related to the Sioux Lookout Hospital.

The variance between 2003–2004 and 2004–2005 for actual respendable revenues in Healthy Environments and Consumer Safety is due to an increase in the respendable authority for Medical Devices.

Financial Table 7: Resource Requirements by Branch

(MILLIONS OF DOLLARS)

Comparison of Main Estimates, 2004–2005 (RPP) planned spending and total authorities to actual spending by organization and business line.

Organization	Business Lines					
	Health Care Policy	Health Promotion and Protection	First Nations and Inuit Health	Information and Knowledge Management	Departmental Management and Administration	Total
Health Policy						
(Main Estimates)	369.7					369.7
(Planned spending)	378.4					378.4
(Total authorities)	*363.3*					*363.3*
(Actual Spending)	**356.4**					**356.4**
Population and Public Health						
(Main Estimates)		375.2				375.2
(Planned spending)		472.8				472.8
(Total authorities)						*0.0*
(Actual Spending)						**0.0**
Health Products and Food						
(Main Estimates)		179.9				179.9
(Planned spending)		183.4				183.4
(Total authorities)		*198.1*				*198.1*
(Actual Spending)		**184.0**				**184.0**
Healthy Environments and Consumer Safety						
(Main Estimates)		232.0				232.0
(Planned spending)		235.4				235.4
(Total authorities)		*212.9*				*212.9*
(Actual Spending)		**211.7**				**211.7**
Pest Management Regulatory Agency						
(Main Estimates)		38.2				38.2
(Planned spending)		38.3				38.3
(Total authorities)		*41.7*				*41.7*
(Actual Spending)		**41.4**				**41.4**
First Nations and Inuit Health						
(Main Estimates)			1,677.3			1,677.3
(Planned spending)			1,701.9			1,701.9
(Total authorities)			*1,709.1*			*1,709.1*
(Actual Spending)			**1,684.6**			**1,684.6**
Information, Analysis and Connectivity						
(Main Estimates)				98.4		98.4
(Planned spending)				98.7		98.7
(Total authorities)				*107.9*		*107.9*
(Actual Spending)				**107.3**		**107.3**

Financial Table 7: Resource Requirements by Branch (cont'd)

Organization	Business Lines					
	Health Care Policy	Health Promotion and Protection	First Nations and Inuit Health	Information and Knowledge Management	Departmental Management and Administration	Total
Corporate Services						
(Main Estimates)					92.7	92.7
(Planned spending)					93.6	93.6
(Total authorities)					*107.9*	*107.9*
(Actual Spending)					**94.5**	**94.5**
Departmental Executive						
(Main Estimates)					102.9	102.9
(Planned spending)					105.0	105.0
(Total authorities)					*142.4*	*142.4*
(Actual Spending)					**136.7**	**136.7**
Total						
(Main Estimates)	369.7	825.3	1,677.3	98.4	195.6	3,166.3
(Planned spending)	378.4	929.9	1,701.9	98.7	198.6	3,307.5
(Total authorities)	*363.3*	*452.7*	*1,709.1*	*107.9*	*250.3*	*2,883.3*
(Actual Spending)	**356.4**	**437.1**	**1,684.6**	**107.3**	**231.2**	**2,816.6**
% of Total	**12.7%**	**15.5%**	**59.8%**	**3.8%**	**8.2%**	**100.0%**

Note: *The creation of the Public Health Agency of Canada (PHAC) on September 24, 2004 and the subsequent transfer of funds to PHAC from the Population and Public Health Branch (PPHB), as well as related corporate support services, resulted in total authorities and actual spending being reported in the PHAC 2004-2005 DPR.*

Financial Table 8A: *User Fees Act*

HEALTH PRODUCTS AND FOOD BRANCH (HPFB)

A. User Fee	Fee Type	Fee Setting Authority	Date Last Modified	2004–05 Forecast Revenue[1] ($000)	2004–05 Actual Revenue[1] ($000)	2004–05 Full Cost[2] ($000)	2004–05 Performance Standard	2004–05 Performance Results	Planning Years Fiscal Year	Planning Years Forecast Revenue[1] ($000)	Planning Years Estimated Full Cost[2] ($000)
Authority to Sell Drugs Fees	Regulatory (R)	*Financial Administration Act* (FAA)	December 1994	$7,926	$8,001	$25,726	Standard to be developed.	Not applicable.	2005–06 2006–07 2007–08	$7,985 $8,039 $8,094	Not available.
Certificate of a Pharmaceutical Product (Drug Export) Fees	Other (O)	Ministerial authority to enter into contract	May 2000	$119	$120	$189	5 working days	10 working days	2005–06 2006–07 2007–08	$120 $120 $120	Not available.
Drug Establishment Licensing Fees	Regulatory (R)	*Financial Administration Act* (FAA)	December 1997	$5,972	$4,212	$9,911	Standard to be developed.	Not applicable.	2005–06 2006–07 2007–08	$5,031 $5,141 $5,195	Not available.
Drug Master File Fees	Other (O)	Ministerial authority to enter into contract	January 1996	$81	$101	$402	Standard to be developed.	Not applicable.	2005–06 2006–07 2007–08	$98 $98 $98	Not available.
Drug Submission Evaluation Fees	Regulatory (R)	*Financial Administration Act* (FAA)	August 1995	$17,373	$16,811	$56,671	**Pharmaceuticals**[3,6]		2005–06 2006–07 2007–08	$18,584 $18,693 $18,802	Not available.
							NDS: Priority NAS = 180	178			
							NDS: Priority Clin/C&M = 180	369			
							NDS: NOC-C NAS & Clin/C&M = 200	278			
							NDS: NAS = 300	367			
							NDS: Clin/C&M = 300	407			
							NDS: Clin only = 300	462			
							NDS: Comp/C&M = 180	203			
							ANDS: Comp/C&M = 180	231			
							ANDS: C&M/Labelling = 180	305			
							SNDS: Priority Clin Only = 180	155			
							SNDS: Clin/C&M = 300	359			
							SNDS: Comp/C&M = 180	222			
							SNDS: Clin only = 300	311			
							SNDS: C&M/Labelling = 180	191			
							SNDS: Rx to OTC (switch) —no new indication = 180	317			
							SNDS: Labelling only = 60	49			

Financial Table 8A: *User Fees Act* (cont'd)

A. User Fee	Fee Type	Fee Setting Authority	Date Last Modified	2004–05 Forecast Revenue[1] ($000)	2004–05 Actual Revenue[1] ($000)	2004–05 Full Cost[2] ($000)	2004–05 Performance Standard	2004–05 Performance Results	Planning Years Fiscal Year	Planning Years Forecast Revenue[1] ($000)	Planning Years Estimated Full Cost[2] ($000)
							SANDS: Clin only = 300	297			
							SANDS: Comp/C&M = 180	227			
							SANDS: C&M/Labelling = 180	164			
							SANDS: Labelling only = 60	115			
							DIN with data = 210	289			
							DIN form only = 180	183			
							Biological Products[3,6]				
							NDS: Priority NAS = 180	743			
							NDS: NAS = 300	888			
							NDS: Clin/C&M = 300	908			
							SNDS: Clin/C&M = 300	669			
							SNDS: Comp/C&M = 180	101			
							SNDS: Clin only = 300	763			
							SNDS: C&M/Labelling = 180	403			
							DIN with data = 210	185			
							DIN form only = 180	103			
Medical Device Licence Application Fees	Regulatory (R)	*Financial Administration Act* (FAA)	August 1998	$2,688	$3,482	$8,562	**Medical Devices[4]**		2005–06 2006–07 2007–08	$3,244 $3,352 $3,460	Not available.
							Class II = 15	17			
							Class III = 75	67			
							Class III Significant Change = 75	69			
							Class IV Priority = 45	16			
							Class IV = 90	78			
							Class IV Significant Change = 90	67			
Fees for Right to Sell a Licensed Medical Device	Regulatory (R)	*Financial Administration Act* (FAA)	August 1998	$2,150	$2,367	$7,249	Standard to be developed.	Not applicable.	2005–06 2006–07 2007–08	$1,622 $1,730 $1,784	Not available.
Medical Device Establishment Licensing Fees	Regulatory (R)	*Financial Administration Act* (FAA)	January 2000	$1,935	$2,131	$5,995	Standard to be developed.	Not applicable.	2005–06 2006–07 2007–08	$2,055 $2,163 $2,271	Not available.

Financial Table 8A: *User Fees Act* (cont'd)

A.				2004-05					Planning Years		
User Fee	Fee Type	Fee Setting Authority	Date Last Modified	Forecast Revenue[1] ($000)	Actual Revenue[1] ($000)	Full Cost[2] ($000)	Performance Standard	Performance Results	Fiscal Year	Forecast Revenue[1] ($000)	Estimated Full Cost[2] ($000)
Veterinary Drug Evaluation Fees	Regulatory (R)	*Financial Administration Act* (FAA)	March 1996	*$802*	*$665*	*$7,252*	***Veterinary Drug Products***[5,6] NDS, ABNDS = 300 SNDS, SABNDS = 240 Admin = 90 DIN = 120 NC = 90 INDS/ESC = 60 Labels = 45 Emergency Drug Release = 2	*Veterinary Drugs* Directorate had targeted to issue decisions on 90% of data packages more than 24 months old as of April 1, 2003, and to issue decisions on 90% of data packages more than 18 months old as of April 1, 2004; these targets were met.	*2005-06* 2006-07 2007-08	*$716* $776 $806	*Not* available.
HPFB Subtotal	Regulatory (R)			$38,846	$37,669	$121,366			2005-06 2006-07 2007-08	$39,237 $39,894 $40,412	
HPFB Subtotal	Other (O)			$200	$221	$591			2005-06 2006-07 2007-08	$218 $218 $218	
HPFB TOTAL				$39,046	$37,890	$121,957			2005-06 2006-07 2007-08	$39,455 $40,112 $40,630	

PEST MANAGEMENT REGULATORY AGENCY (PMRA)

A.				2004-05					Planning Years		
User Fee	Fee Type	Fee Setting Authority	Date Last Modified	Forecast Revenue[1] ($000)	Actual Revenue ($000)	Full Cost[7] ($000)	Performance Standard	Performance Results	Fiscal Year	Forecast Revenue ($000)	Estimated Full Cost ($000)
Fees to be paid for Pest Control Product Application Examination Service	Regulatory (R)	*Pest Control Products Act* (PCPA)	April 1997	2,657	2,285	20,380	Target is 90% of submissions in all categories to be processed within the time shown. http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pdf/pro/pro9601-e.pdf		2005-06 2006-07 2007-08	8,000 8,000 8,000	46,554 46,157 46,820

Financial Table 8A: *User Fees Act* (cont'd)

A. User Fee	Fee Type	Fee Setting Authority	Date Last Modified	2004–05 Forecast Revenue[1] ($000)	2004–05 Actual Revenue ($000)	2004–05 Full Cost[2] ($000)	2004–05 Performance Standard	2004–05 Performance Results	Planning Years Fiscal Year	Planning Years Forecast Revenue ($000)	Planning Years Estimated Full Cost ($000)
							Category A* includes Standard (550 days); User Request Minor Use Registration (URMUR) (365 days); Joint reviews (variable); and Reduced-risk (variable) Category B* includes Standard/priority (365 days); and Reduced-risk (variable) Category C* includes Standard (180 or 225 days); and Priority (98 days) *Includes deviations from the Management of Submission Policy	Category A = 70% Category B = 93% Category C = 94%			
Fees to be paid for a Right or Privilege to Manufacture or Sell a Pest Control Product in Canada and for Establishing a Maximum Residue Limit in relation to a Pest Control Product	Regulatory (R)	*Financial Administration Act* (FAA)	April 1997	5,343	4,594	27,120	Not applicable.	Not applicable.			
PMRA	Subtotal (R) $8,000 Subtotal (O) $0 Total $8,000	Subtotal (R) $6,879 Subtotal (O) $0 Total $6,879							Subtotal 2005–06 Subtotal 2006–07 Subtotal 2007–08	$8,000 $8,000 $8,000 Total: $24,000	

Note: Full cost is based on reported actuals for PMRA in 2004–2005 and based on Main Estimates for subsequent years.

Financial Table 8A: *User Fees Act* (cont'd)

CORPORATE SERVICES BRANCH (CSB)				2004–05					Planning Years		
A. User Fee	Fee Type	Fee Setting Authority	Date Last Modified	Forecast Revenue ($000)	Actual Revenue ($000)	Full Cost ($000)	Performance Standard	Performance Results	Fiscal Year	Forecast Revenue ($000)	Estimated Full Cost ($000)
Fees charged for the processing of access requests filed under the *Access to Information Act*	Other (O)	*Access to Information Act*	1992	Not applicable. (See Note 8)	$20.3	$1,700 (See Note 9)	Framework under development by Treasury Board Secretariat (TBS). More information: http://lois.justice.gc.ca/en/a-1/8.html	Statutory deadlines met 73% of the time.	2005–06 2006–07 2007–08	Not applicable. (See Note 8)	$1,700 $1,700 $1,700 (See Note 9)

B. DATE LAST MODIFIED:

Not applicable.

C. OTHER INFORMATION:

Health Products and Food Branch (HPFB)

1 *Forecast and actual revenue are reported as gross, based on a modified cash accounting basis.*

2 *Under the External Charging Initiative, HPFB is in the process of implementing an external charging framework, which includes a new costing model that has been developed with stakeholder involvement. The new costing model and related methodology will result in revised cost estimates in 2005–06 and future reporting cycles.*

3 *Drug Submission Review: performance standards and results reflect average calendar days for review completions (positive or negative outcome); performance results are for 2004 calendar year. Detailed performance targets for drug submission review can be found at http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/prodpharma/mands_gespd_e.pdf*

Comprehensive information on performance results for drug review can be found at http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applic-demande/docs/perform-rendement/ar-ra/index_e.html#2004

4 *Medical Device Application Review: performance standards and results reflect calendar days to first review decision; performance results are from July 1, 2004 to March 31, 2005. Detailed performance targets for medical device application review can be found at http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/md-im/applic-demande/pol/mdlapp_demhim_pol_e.html*

5 *Veterinary Drug Product Submission Review: performance standards reflect average calendar days for review completions (positive or negative outcome) for 2008–2009. Detailed performance targets for veterinary drug submission review can be found at http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/legislation/vet/pol/index_e.html Veterinary Drugs Directorate has committed to issuing a decision on 90% of data packages more than 12 months old as of April 1, 2005.*

6 *Acronyms*

NDS: New Drug Submission
SNDS: Supplemental New Drug Submission
ANDS/ABNDS: Abbreviated New Drug Submission
SANDS/SABNDS: Supplemental Abbreviated New Drug Submission
DIN: Drug Identification Number Application
INDS: Investigational New Drug Submission
ESC: Experimental Studies Certificate
NC: Notifiable Change
NAS: New Active Substance
OTC: Over the Counter
Rx: Prescription
Clin: Clinical
Comp: Comparative Bio., Clinical, or Pharmacodynamic
C&M: Chemistry & Manufacturing
NOC-C: Notice of Compliance with Conditions

Pest Management Regulatory Agency (PMRA)

7 *Full cost includes Employee Benefits Plan (EBP) plus 13% to account for other government departments' (OGD) services (Public Works and Government Services Canada).*

Corporate Services Branch (CSB)

8 *Due to the nature and varying complexity of ATI requests, it is unknown what fees may be applicable until a request is processed. Under certain circumstances, fees may be waived.*

9 *The Full Cost of Health Canada's ATIP Division. There are further expenses incurred in program areas to compile additional materials associated with ATI requests. Health Canada will assess these costs and report more fully in the 2005–2006 DPR. The ATIP revenue collected includes figures from PHAC. Health Canada will continue to report ATI revenue until PHAC has established an ATI operation. The ATI revenues have ranged between $20K–$50K over the past few years.*

Financial Table 8B: Policy on Service Standards for External Fees

HEALTHY ENVIRONMENTS AND CONSUMER SAFETY BRANCH (HECS)			
A. External Fee	Service Standards*	Performance Results*	Stakeholder Consultation
National Dosimetry Services (NDS)	Registration and verification of incoming dosimeters within 48 hours. Urgently needed dosimeters deliverable within 2 working days. Exposures over regulatory limits reported within 24 hours. Dosimeters leave NDS premises 10–13 working days prior to exchange date. Message call back within 24 hours. Updated account information within 48 hours. Additional dosimeters shipped within 24 hours. Exposure Reports sent out within 10 days of dosimeter receipt.	Provided timely, responsive and reliable customer service to 95,000 workers in 13,000 groups. The standards for dosimeters were met: • 99% for registration/ verification of incoming dosimeters within 48 hours; • 99% dosimeters urgently needed delivered within 2 working days; • 100% exposures over regulatory limits reported within 24 hours; • 95% dosimeters leave NDS premises 10–13 working days prior to exchange date; • 99% message call back within 24 hours; • 99% updated account information within 48 hours; • 99% additional dosimeters shipped within 24 hours; • 90% Exposure Reports sent out within 10 days of dosimeter receipt.	Following public consultation, and with Treasury Board approval, the new National Dosimetry Services user fees were implemented as of July 1, 2004. The public consultations were structured around the fee increase. The service standards remained the same. Public consultations indicated satisfaction with existing levels of service and a willingness to absorb higher user fees.
Deratting Services	Health Canada provides 7-day service in designated ports and responds to all requests within 48 hours. See Note 1 below.	100% of all requests received were responded to within 48 hours or less.	There were no changes to service standards in 2004–2005. Changes are anticipated within the next 2 to 5 years due to new International Health Regulations (WHO). Stakeholders will be consulted in advance.

Financial Table 8B: Policy on Service Standards for External Fees (cont'd)

A. External Fee	Service Standards*	Performance Results*	Stakeholder Consultation
Cruise Ship Inspection Program	Periodic inspections done a minimum of once a sailing season on ships in Canadian waters. Final reports submitted within 10 working days. Re-inspection on any ships with scores of less than 85%.	See Notes 2 and 3 below. 100% completion achieved.	There were no changes to service standards in 2004–2005. Health Canada meets with stakeholders on an annual basis to review and discuss any proposed changes to service standards. The standards are consistent with the U.S. Centers for Disease Control and Prevention Vessel Sanitation Program administrative guideline and criteria for inspections, and any changes would be synchronized to harmonize the process with the U.S.
Common Carriers Inspection (e.g. trains, ferries, airports/airlines, seaports/marinas)	See Note 3 below.	See Note 4 below.	Service standards are negotiated and included in MOUs and any changes would also need to be negotiated. A new MOU was created with Via Rail in 2004–2005 and these service standards are part of the MOU. All other service standards MOUs remain unchanged.

NOTE: *HECS fees are not subject the User Fees Act and hence are not included in Table 8A.*

* *As established pursuant to the Policy on Service Standards for External Fees:*

- *Service standards may not have received Parliamentary review*
- *Service standards may not respect all performance standard establishment requirements under the User Fees Act (UFA) (e.g. international comparison, independent complaint address)*

Performance results are not legally subject to UFA section 5.1 regarding fee reductions for failed performance.

Financial Table 8B: Policy on Service Standards for External Fees (cont'd)

Note 1: In total, 704 Derat Certificates were issued in 2004–2005. See table below for details on service standards.

Day of the week	Prior Notification Required
Weekday Service — Designated Ports	24 hours
Weekend Service — Designated Ports	48 hours
Regular Weekend Service Designated Ports	• For service on Saturday, notice must be received Thursday by 1300 hours local time. • For service on Sunday, notice must be received Friday by 1300 hours local time.
Holiday Weekend Service Designated Ports	When Friday is the statutory holiday: • for service on Friday, notice must be received Wednesday by 1300 hours local time. • for service on Saturday or Sunday, notice must be received Thursday by 1300 hours local time.
	When Monday is the statutory holiday: • for service on Saturday, notice must be received Thursday by 1300 hours local time. • for service on Sunday or Monday, notice must be received Friday by 1300 hours local time.
Prior Notice for Service — Non-designated Ports	72 hours prior notice is requested for service at non-designated ports.
NOTE: The fee for short notice service i.e. less than 24 hours for weekdays, less than 48 hours for weekends, at both designated and non-designated ports, will be the normal fee plus a 25% surcharge.	

Note 2: Health Canada publishes scores obtained from the Cruise Ship Inspection Program on its Web site at http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/travel-voyage/general/inspection/2004-cruise_ship_inspection-navires_croissieres_inspection_e.html

Note 3: In regards to service standards, Cruise Ship and Common Carrier Inspections are performed following procedures and protocols that have been published and distributed to clients. Health Canada's protocols are in accordance with international public health inspection protocols. Copies of the administrative guides for these programs may be requested by e-mail at phb_bsp@hc-sc.gc.ca.

Note 4: Service Standards for Common Carrier Inspection Program

Common Carrier Inspection Program	Service Standards	Performance Results
Passenger Train — On Board	Periodic inspection done on each passenger train line as determined by MOU between Health Canada and passenger train industry. Final periodic inspection report provided to industry within 10 working days.	100% of all reports provided within 10 days.
Passenger Train — Off Board	Sanitation inspection done twice a year. Final sanitation report provided to industry within 10 working days.	100% of all reports provided within 10 days.
Flight Kitchen	Scheduled number of periodic announced audits per year based on size of kitchen. Final audit inspection report provided within 5 working days of inspection.	100% of all reports provided within 5 days.
Ferry — On Board Food	Unannounced inspections as per predetermined contractual obligations. Final inspection report provided within 10 working days of inspection.	100% of all reports provided within 10 days.
Ferry — Potable Water	Annual inspection as per Potable Water Regulations for Common Carriers. 100% of all reports provided within 10 days.	100% of all reports provided within 10 days.

Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives

Regulations	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Results Achieved
Health Products and Food Branch			
Food and Drug Regulations —Addition of Vitamins and Mineral Nutrients to Foods	Appropriate revision of regulations on the addition of vitamins and mineral nutrients to foods taking into account the role of nutrient addition to foods, consumer needs and expectations, and industry requests.	Improvement in the nutritional quality of the food supply. Greater variety of food products containing added vitamins and mineral nutrients available to consumers.	On March 31, 2005, Health Canada released a proposed new policy on food fortification entitled: Addition of Vitamins and Minerals to Food, 2005: Health Canada's Proposed Policy and Implementation Plans. This document informed all interested parties of the proposed policy, as well as plans for its implementation.
Food and Drug Regulations —Enhanced Labelling of Food Allergens	Mandatory labelling of specific food allergens, and sulphites when present at 10 parts per million or more, on the labels of prepackaged food products.	Reduced number of adverse reactions to foods containing specified allergens and sulphites used in the preparation of prepackaged foods.	A second letter of notification was sent to stakeholders in September 2004. This letter contained revised policy recommendations in regard to exempting fining agents from eggs, milk and fish used in the production of alcoholic beverages from the requirements for labelling at this time. The proposed regulatory amendments are anticipated to be in *Canada Gazette*, Part I in fall 2005.
Food and Drug Regulations (Food Irradiation)	Optional use of the food irradiation process for ground beef, poultry, shrimp and prawns and mangoes to control pathogens, reduce microbial load and insect infestation and extend shelf life.	Reduced levels of pathogens and insect infestations in irradiated food products. Extended shelf life for irradiated food products.	Health Canada examined all comments received as a result of publication in *Canada Gazette*, Part I in November 2002. Responses to comments are being finalized. A multi-stakeholder workshop was held on March 29, 2005 to discuss approaches to address consumer concerns about the absence of labelling requirements for irradiated foods served in food service and restaurant establishments.

Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives (cont'd)

Regulations	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Results Achieved
			The use of food irradiation by industry would remain optional. The results of this initiative would be measured after the use of food irradiation has been broadly implemented by industry.
Food and Drug Regulations — Revisions to Division 12 — Prepackaged Water and Ice	Modernization and expansion of the safety and labelling requirements for prepackaged water and ice products.	Compliance of bottled water products with the revised regulations.	Health Canada and the Canadian Food Inspection Agency (CFIA) conducted an additional targeted consultation with stakeholders on proposed limits for certain chemical contaminants and proposed scheme for classification of surface waters. The results of this consultation are being analyzed. Proposed regulations are anticipated for publication in *Canada Gazette*, Part I in winter 2006.
Environmental Assessment Regulations (EAR) for assessment of new substances in products regulated under the *Food and Drugs Act* for their impacts on human health and the environment will be developed as Health Canada's response to the *Canadian Environmental Protection Act* (CEPA 1999)	Regulations that are appropriate for new substances in range of products regulated under the *Food and Drugs Act*. CEPA's New Substance Notification Requirements currently apply to substances in *Food and Drugs Act* products. Strategy to deal with substances in *Food and Drugs Act* products already in commerce will also be considered as part of this work.	An increase in the information on the impacts and/or potential impacts new substances in *Food and Drugs Act* regulated products may be having on human health and the environment. An enhanced regulatory framework to enable Health Canada to deal more effectively with any such impacts identified.	Options Analysis Paper to permit stakeholders to provide comments on three possible regulatory options for these EAR regulations received Deputy Minister approval in March 2005. Consultation launched with stakeholders in spring 2005. In-depth discussions between Health Canada and stakeholders will follow in fall 2005, with identification of one or more workable options for the development of appropriate EAR regulations anticipated.

Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives (cont'd)

Regulations	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Results Achieved
Access to Medicines—Project 1402	Amendments to the *Food and Drugs Act* and Food and Drug Regulations and Medical Devices Regulations that will allow Health Canada to put in place a program to implement the World Trade Organization's General Council decision of August 30, 2004 to provide access to affordable medicines in developing and least developed countries.	Under this regime, these products will meet Canadian standards for safety, efficacy and quality. Canada's Access to Medicines Program and these regulations will not affect Canadians' access to drugs or medical devices, nor will they affect the established performance targets for product assessments. Canada's Access to Medicines Program seeks to achieve a humanitarian objective, and is intended to complement Canada's other contributions towards the global fight against HIV/AIDS, malaria, tuberculosis and other public health problems.	Published in *Canada Gazette*, Part II on June 1, 2005. These Regulations come into force on the day on which an Act to amend the *Patent Act* and the *Food and Drugs Act (Jean Chrétien Pledge to Africa)*, being chapter 23 of the Statutes of Canada, 2004, comes into force. These regulatory amendments create a new Division 7 to the Food and Drug Regulations, entitled: Sale of Drugs for the Purposes of Implementing the General Council Decision. As the World Trade Organization's General Council decision's definition of "pharmaceutical products" includes products that Canada also regulates as medical devices, regulatory changes have also been made to the Medical Devices Regulations.
Food and Drug Regulations—Miscellaneous Amendments to Division 15	New or revised Maximum Residue Limits (MRLs) for veterinary drugs in foods in the Food and Drug Regulations to ensure the safety of food products from animals treated with the veterinary drugs.	Food products, derived from animals, comply with prescribed MRLs.	Proposed regulatory amendments to the Food and Drug Regulations for MRLs for certain veterinary drugs were published in *Canada Gazette*, Part I on May 8, 2004. The final regulatory amendments will be published in *Canada Gazette*, Part II in 2005.
Food and Drug Regulations—Amendment to prohibit "personal use" importation of all drugs intended to be used in food-producing animals	Increase the scope of the prohibition on importation of veterinary drugs to include the personal importation of drugs intended to be used in animals in Canada and avoid potentially harmful residues in food products from animals treated with those drugs.	The absence of harmful drug residues in food products derived from animals treated with veterinary drugs imported under personal use circumstances.	Health Canada consulted with stakeholders on the intended changes to the importation of veterinary drugs for personal use. The results of the consultation have been analyzed.

Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives (cont'd)

Regulations	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Results Achieved
Food and Drug Regulations —Prohibition of the sale of Carbadox in Canada	Prohibition of the sale of products containing Carbadox in Canada to avoid potentially harmful residues in food products from animals treated with this substance.	The absence of Carbadox residues in food products derived from food-producing animals.	Proposed regulatory amendments prohibiting the sale of products containing Carbadox will be published in *Canada Gazette*, Part I in 2005–2006.
Healthy Environments and Consumer Safety Branch			
Amendments to the Cosmetic Regulations to require manufacturers to declare ingredients of all cosmetics Harmonization of labelling with international trading partners	Reduce adverse health effects due to cosmetics (e.g. skin diseases, etc.). Reduce associated health care costs due to repeated adverse reactions. Reduce cost of treating cosmetic-induced allergic reactions.	Decrease in the number of consumers reporting problems to Health Canada.	Published in *Canada Gazette*, Part II, December 1, 2004. These amendments will be promulgated November 16, 2006. With mandatory ingredient listing on cosmetics, consumers will be able to avoid products containing ingredients to which they are allergic.
Prohibition of baby walkers	Eliminate deaths and injuries associated with baby walkers.	Child morbidity and mortality data.	Published in the *Canada Gazette*, Part II, April 7, 2004. Baby walkers are no longer offered for sale.
Amendments to the Radiation Emitting Devices Regulations (Tanning Equipment) for safer technical requirements for tanning equipment and replacement parts	Reduction of adverse health effects due to Tanning Equipment (e.g. melanoma).	Decrease in the number of consumers reporting problems to Health Canada.	More stringent standards for UV lamps. Users will be better informed on the risks associated with tanning equipment since more complete and accurate information will accompany the equipment when sold.

Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives (cont'd)

Regulations	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Results Achieved
Amendments to standardize across Canada the dimensions and the terminology of the template to measure choking hazards for children in regulations for: • Carriages and Strollers • Cribs and Cradles • Playpens • Hazardous Products (Expansion Gates and Expandable Enclosures) • Hazardous Products (Pacifiers) • Hazardous Products (Toys)	Consistency for the dimensions and terminology related to the small parts cylinder (template). Reduce choking injuries and deaths among infants and children.	Reduce requests to Health Canada for clarification regarding the dimensions of the small parts cylinder.	Published in the *Canada Gazette*, Part II, April 21, 2004. Consistency in use of single small parts cylinder for determining choking hazards.
Introduction of new tobacco products labelling requirements focused on health warnings and health information	Increased awareness of tobacco-related hazards. Increased knowledge of tobacco products and their emissions. Reduce tobacco-related morbidity and mortality.	Regular tracking of public opinion through surveys to measure public awareness of health hazards related to tobacco use and knowledge of tobacco products and their emissions.	Health Canada released a consultation document in August 2004. Analysis of comments received was initiated. A Request for Proposal seeking a qualified contractor to undertake the development and design of new health warnings for tobacco products closed on March 1, 2005.
Tobacco Promotion Regulations prohibiting "light" and "mild" descriptors	Reduced confusion among smokers regarding these descriptors. Greater awareness that no class of cigarettes is a "safer" alternative.	Regular tracking of public opinion to measure greater awareness that no class of cigarettes is a safer alternative. Number of smokers who believe that "light" and "mild" cigarettes are less harmful than regular cigarettes will decrease.	Health Canada initiated a Request for Proposal on the Cost Assessment of Tobacco Regulations to conduct the necessary cost analysis. Health Canada continued policy development and review of scientific documents on this issue.

Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives (cont'd)

Regulations	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Results Achieved
Amendment of the Marihuana Medical Access Regulations (MMAR) to simplify the authorization process for patients and their physicians	On compassionate grounds, seriously ill persons residing in Canada will, with the support of their physicians, have reasonable access to marihuana for medical purposes, when conventional therapies have been unsuccessful.	Increased satisfaction with the medical marihuana program (i.e. decreased complaints) and decreased legal challenges to the Regulations.	Published in *Canada Gazette*, Part II, June 29, 2005. Regulations came into force June 7, 2005. No changes made to regulatory proposal pre-published in *Canada Gazette*, Part I based on comments received; 32 persons provided comments. Streamlined process for application for authorization to possess marihuana; avoidance of unnecessary law enforcement action because police officers can confirm if someone is authorized to possess or produce marihuana for medical purposes in advance of search. Limited authority for marihuana produced for Health Canada to be provided to authorized persons through pharmacies to allow for the conduct of pilot project to examine feasibility of using conventional pharmacy-based drug.

Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives (cont'd)

Regulations	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Results Achieved
Regulations under the *Controlled Drugs and Substances Act* (CDSA) to expand the authority for regulated health professionals to prescribe controlled substances where appropriate	Federal legislation will not unnecessarily restrict the professional practice of any health profession regulated by provincial or territorial (P/T) authorities, including practitioners of medicine, dentistry, veterinary medicine, podiatric medicine, midwifery, and nurse practitioners, with respect to the use of controlled substances in the treatment of their patients. This result will be achieved over the next 2 to 3 years as federal and P/T regulations are amended to allow health professionals to prescribe controlled substances in accordance with standards of professional practice defined by the their regulatory authorities.	Achievement will be measured by improved alignment of federal and P/T regulatory frameworks governing the appropriate use of controlled substances for medical purposes.	An advisory committee on Expanding the Authority to Prescribe Controlled Substances was formed in June, 2004. The Committee met in January, 2005 to discuss and reach consensus on the fundamental principles on which the policy framework and enabling regulations will be based.
Pest Management Regulatory Agency			
Update existing Pest Control Product Regulations in light of new *Pest Control Products Act* (PCPA)	Ensure that terminology is consistent with the new Act and that any provisions that have been moved to the Act are deleted from the Regulations.	Regulations are consistent with and support new PCPA.	Revised regulations in preparation.
Establishment of Pesticide Adverse Effects Reporting Regulations	Provide information for reevaluation and possible trigger for special review, resulting in removal of pesticides and uses of unacceptable risk.	Provision of pesticide adverse effects information by all registrants.	Proposed regulations pre-published in *Canada Gazette*, Part I, October 23, 2004. Draft adverse effect reporting forms published for comment October 25, 2004. Comments received from publication in *Canada Gazette*, Part I have been analyzed and responses developed. Final regulations being prepared.

Financial Table 9: Major Regulatory Initiatives (cont'd)

Regulations	Expected Results	Performance Measurement Criteria	Results Achieved
Establishment of Pesticide Sales Information Reporting Regulations	Facilitation of priority setting, assessment and mitigation of health and environmental risks, and tracking effectiveness of risk reduction efforts.	Annual submission of sales information by each registrant for each pesticide product.	Comments received from publication in *Canada Gazette*, Part I, Mar. 27, 2004 have been analyzed and responses developed. Final regulations being prepared.
Establishment of Pesticide Safety Information Regulations	Provide improved decision-making tools for pesticide workers and improved workplace safety through more complete information in the form of Material Safety Data Sheets.	Provision of safety data on pesticide products to all workers and users phased in over five years.	Proposed regulations pre-published in *Canada Gazette*, Part I, July 17, 2004. Comments received are being analyzed and responses developed.
Establishment of review panel Regulations Respecting Reconsideration of Pesticide Registration Decisions	Specify procedural and administrative details necessary to govern the reconsideration process.	Concerned parties have clear understanding of requirements and responsibilities. Smoothly functioning review panel process.	Draft regulations in preparation.
Update existing Agriculture and Agri-Food Administrative Monetary Penalties Regulations Respecting the PCPA and Regulations	Reflect additional violations under the new Act and regulations.	Regulations are consistent with and support new PCPA and regulations.	Revised regulations in preparation.
Establish regulations respecting data protection	Specify the circumstances and conditions under which data provided by registrants may be used or relied upon in relation to applications or registrations of other persons.	Protection of registrants' data from unfair commercial use and development, and registration of new, safer pesticides. Strengthened health and environmental protection and increased public and stakeholder confidence in pesticide regulation.	Health Canada continued policy development on this issue.
Food and Drug Regulations (Miscellaneous Amendments to Division 15 —Adulteration of Food)	New or revised MRLs for pest control products listed in the Food and Drug Regulations, as required, to ensure the safety of food following use of these products on crops or in food-producing animals.	Foods comply with prescribed MRLs.	Health Canada continues to assess and prescribe MRLs for specific pest control products in foods.

Financial Table 10: Details on Project Spending

(THOUSANDS OF DOLLARS)

Business Line	Current Estimated Total Cost	Actual 2002–03	Actual 2003–04	2004–2005			
				Main Estimates	Planned Spending	Total Authorities	Actual
Information and Knowledge Management							
First Nations & Inuit Primary Care Electronic Health Record Project Project Phase: Planning	739	238	197	376	376	376	304
First Nations & Inuit Primary Care Electronic Health Record Project Project Phase: Definition	1,848	596	493	940	940	940	760
First Nations & Inuit Primary Care Electronic Health Record Project Project Phase: Implementation	4,436	1,429	1,183	2,256	2,256	2,256	1,824
First Nations & Inuit Primary Care Electronic Health Record Project Project Phase: Close Out	370	119	99	188	188	188	152
First Nations & Inuit Primary Care Electronic Health Record Project **Total**	**7,393**	**2,382**	**1,972**	**3,760**	**3,760**	**3,760**	**3,040**

Table 11A: Summary of Transfer Payments by Program/Business Line

(MILLIONS OF DOLLARS)

This table reflects the break down of Transfer Payments (Grants, Contributions and Other Transfer Payments) by business line. For more details refer to table entitiled "Details on Transfer Payments Programs".

Business Lines	2002–2003 Actual Spending	2003–2004 Actual Spending	2004–2005 Main Estimates	2004–2005 Planned Spending	2004–2005 Total Authorities	2004–2005 Actual Spending
Grants						
Health Care Policy	3.5	31.9	41.0	41.0	50.8	50.7
Health Promotion and Protection	20.5	348.8	40.6	41.1	6.9	6.7
Information and Knowledge Management	0.0	670.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Departmental Management and Administration	0.0	25.0	1.0	1.0	0.2	0.2
Total Grants	**24.0**	**1,075.7**	**82.6**	**83.1**	**57.9**	**57.6**
Contributions						
Health Care Policy	51.1	216.1	253.0	253.0	226.7	222.8
Health Promotion and Protection	189.3	213.6	176.6	186.3	36.3	36.2
First Nations and Inuit Health	677.9	702.2	739.7	757.0	781.7	779.4
Information and Knowledge Management	31.8	20.4	22.0	22.0	27.8	27.5
Departmental Management and Administration	36.7	45.7	19.8	19.7	52.1	52.1
Total Contributions	**986.8**	**1,198.0**	**1,211.1**	**1,238.0**	**1,124.6**	**1,118.0**
Other Transfer Payments						
Health Promotion and Protection	21.2	44.0	50.1	50.1	0.0	0.0
Total Other Transfer Payments	**21.2**	**44.0**	**50.1**	**50.1**	**0.0**	**0.0**
Total Transfer Payments	**1,032.0**	**2,317.7**	**1,343.8**	**1,371.2**	**1,182.5**	**1,175.6**

The increase in Health Care Policy expenditures is mainly due to the funding of initiatives as set out in the 2003 First Minister's Accord on Health Care Renewal such as Health Human Resources and the Health Council of Canada.

The decrease in Health Promotion and Protection expenditures in 2004-2005 is due to the creation of the Public Health Agency of Canada (PHAC) on September 24, 2004 and the subsequent transfer of funds. In 2003-2004 there was a one time named grant to the Province of Ontario for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS).

The increase in First Nations and Inuit Health expenditures is mainly related to funding for the Named Contribution to the Province of Ontario for the construction of the Meno Ya Win Health Centre.

The decrease in Information and Knowledge Management expenditures is related to statutory grant payments to Canada Health Infoway and Canadian Institute for Health Information.

The decrease in Departmental Management and Administration expenditures is mainly related to a statutory grant payment to Canadian Health Services Research Foundation.

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs)

GENERAL EXPLANATIONS:

- This is a summary of the Transfer Payment Programs included in the 2004–2005 Report on Plans and Priorities of Health Canada. For full details, refer to Annex A http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/index_e.html
- All of the TPPs shown in this Table are voted programs. (All Health Canada statutory programs are either below the reporting threshold of $5 million or are reported elsewhere.)
- All financial figures are in millions of dollars.
- Due to the long-standing history and evolution of some programs, the Total Funding is not meaningful and/or cannot be determined without extraordinary effort. In such cases the Total Funding is left blank.
- The 2004–2005 RPP included several transfer payment programs of the Population and Public Health Branch (PPHB) that became the new Public Health Agency of Canada (PHAC) as announced by the Government of Canada on September 24, 2004. The following two grant programs, five contribution programs, and one other transfer payment program have been excluded from the 2004–2005 DPR because they are included in the report submitted by the new Agency:
  - — Grants to persons and agencies to support health promotion projects in the areas of community health, resource development, training and skill development, and research;
  - — Grants towards the Canadian Strategy on HIV/AIDS;
  - — Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the areas of community health, resource development, training and skill development, and research;
  - — Contributions to non-profit community organizations to support, on a long-term basis, the development and provision of preventive and early intervention services aimed at addressing the health and developmental problems experienced by young children at risk;
  - — Contributions towards the Canadian Strategy on HIV/AIDS;
  - — Contributions to incorporated local or regional non-profit Aboriginal organizations and institutions for the purpose of developing early intervention programs for Aboriginal pre-school children and their families; and
  - — Payments to provinces and territories to improve access to health care and treatment services to persons infected with hepatitis C through the blood system.

GRANTS

Health Care Policy

HEALTH CARE STRATEGIES AND POLICY, FEDERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL PARTNERSHIP GRANT PROGRAM		
Start Date: October 21, 2002	End Date: March 31, 2008 and ongoing	Total Funding: $26.9 M and ongoing
Achieved results or progress made: **Health Technology Strategy:** In September 2004, Health Ministers approved the Canadian Health Technology Strategy. This Strategy represents a collaborative approach towards ensuring Canadians ongoing access to appropriate health care technology, within their publicly-funded health care system. It outlines a pan-Canadian approach to formulating evidence and policy advice on health technologies, including the establishment of structures and a transparent process to allow jurisdictions to share information and, where appropriate, work together for the better management of health technology. To support the development and implementation of the Strategy, Budget 2003 provided $45 million over five years to Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA), Canada's national health technology assessment organization. This funding has increased the capacity and utility of health technology assessment information to support health technology policy decision-making across the country.		

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

CCOHTA—Canadian Optimal Medication Prescribing Utilization Service (COMPUS):

On March 12, 2004, the Conference of Deputy Ministers of Health approved the creation of the COMPUS program. COMPUS has undertaken many activities to further the goals of the program. These involve stakeholder engagement and partnerships, collections of best practices information, quality assessment of evaluation methodologies and knowledge transfer, outreach and communication activities.

CCOHTA—Common Drug Review (CDR):

The program evaluation has been initiated and will focus on whether CDR is meeting its objectives. Stakeholders will be involved in the evaluation.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	2.2	8.4	15.0	16.4	16.3	-1.3

GRANT FOR THE NORTHWEST TERRITORIES HEALTH SUPPLEMENT TO THE 2003 FIRST MINISTERS' ACCORD

Start Date: May 15, 2003	End Date: 2005–2006	Total Funding: $20.0 M over three years

Achieved results or progress made:

The territory reported to its residents on comparable health and health system indicators. The report was in accordance with the indicators developed by provincial/territorial and federal governments as part of the 2003 Accord commitments.

The territorial government has made progress in strengthening its care systems by recruiting additional physicians and other health professionals, increasing services to reduce in-territory waiting time, providing additional health and wellness programs.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP		6.7	5.6	6.7	6.7	-1.1

GRANT FOR THE NUNAVUT HEALTH SUPPLEMENT TO THE 2003 FIRST MINISTERS' ACCORD

Start Date: May 15, 2003	End Date: 2005–2006	Total Funding: $20.0 M over three years

Achieved results or progress made:

The territory reported to its residents on comparable health and health system indicators. The report was in accordance with the indicators developed by provincial/territorial and federal governments as part of the 2003 Accord commitments.

The territorial government has made progress in strengthening its care systems by recruiting additional physicians and other health professionals, increasing services to reduce in-territory waiting time, providing additional health and wellness programs.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP		6.7	5.5	6.7	6.7	-1.2

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

GRANT FOR THE YUKON HEALTH SUPPLEMENT TO THE 2003 FIRST MINISTERS' ACCORD		
Start Date: May 15, 2003	End Date: 2005–2006	Total Funding: $20.0 M over three years

Achieved results or progress made:

The territory reported to its residents on comparable health and health system indicators. The report was in accordance with the indicators developed by provincial/territorial and federal governments as part of the 2003 Accord commitments.

The territorial government has made progress in strengthening its care systems by recruiting additional physicians and other health professionals, increasing services to reduce in-territory waiting time, providing additional health and wellness programs.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP		6.7	5.6	6.7	6.7	-1.1

GRANT TO THE CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI)		
Start Date: December 10, 2003	End Date: March 31, 2008	Total Funding: $8 M annually

Achieved results or progress made:

The CPSI completed a strategic business plan built around three overarching themes: (1) define patient safety issues in health care; (2) identify leading practices and effective interventions; and (3) champion necessary change through partnerships, stakeholder engagement, and transparent communication. CPSI also developed an Action Plan with a Report on Progress 2004–2005 and Report on Priorities for 2005–2006.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP		2.2	8.0	8.0	8.0	0

Health Promotion and Protection

GRANT TO THE CANADIAN BLOOD SERVICES—BLOOD SAFETY AND EFFECTIVENESS AND RESEARCH AND DEVELOPMENT		
Start Date: July 1998	End Date: ongoing	Total Funding: $5 M annually

Achieved results or progress made:

Through our efforts to support scientific research into blood safety, alternatives to transfusions and blood substitutes, risks to the health of Canadians are being reduced. http://www.bloodservices.ca/CentreApps/Internet/UW_V502_MainEngine.nsf/page/Safety+and+Testing?OpenDocument#06

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	0

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

CONTRIBUTIONS

Health Care Policy

CONTRIBUTIONS FOR THE PRIMARY HEALTH CARE TRANSITION FUND (PHCTF)		
Start Date: June 13, 2001 (TB submission approval)	End Date: September 30, 2006 (contribution funding ends); March 31, 2007 (program sunsets O&M evaluation etc.)	Total Funding: $749.3 M

Achieved results or progress made:

All funds have been allocated to over 70 initiatives, which are all progressing steadily. A six-month extension made available to all funded initiatives ensures that they can fully realize their expected results and affords more time for initiatives to complete their evaluations and final reports to the Department. The formative evaluation was conducted in 2004–2005 and the report will be finalized in 2005–2006. Two reports were released in June 2005: the PHCTF Summary of Initiatives and the PHCTF Interim Report. Six initiatives were completed in 2004–2005; 23 will conclude by March 31, 2005 and the remainder by September 2006.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	48.2	209.2	244.7	212.1	210.8	33.9

HEALTH CARE STRATEGIES AND POLICY CONTRIBUTION PROGRAM		
Start Date: September 24, 2002	End Date: Ongoing	Total Funding: Over $171.6 M

Achieved results or progress made:

Health Human Resources (HHR) Strategy:

The HHR Database Development Project ($8 million) will result in improved quantity, scope and quality of information to support HHR planning and management. Enhanced data will support the development of comparable indicators and enhance the capacity for evidence-based HHR research and planning. In 2004–2005, Health Canada conducted four major Calls for Proposals for contribution projects under the HHR Strategy. Provincial/Territorial/Regional Project funding provided $4 million for P/T governments to address specific HHR priorities within their jurisdictions. Proposals under Cycle One of the Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice Initiative ($13 million) were submitted in December 2004. Projects will be operational in 2005–2006 and will be designed to enable health professionals to gain the necessary knowledge and training to work in interprofessional teams, and will contribute to health system renewal, improved patient safety and increased health system efficiency and sustainability. To achieve and sustain an optimal supply, distribution, deployment and mix of health care providers, Health Canada assists international medical graduates to overcome the barriers to licensure which many face in Canada. In 2004–2005, the Department allocated approximately $3 million for P/T governments to increase their capacity to support additional assessments for international medical graduates. Finally, the Healthy Workplace Initiative received proposals for approximately $3.5 million in contribution projects that will be implemented in 2005–2006 to support health system organizations across Canada in creating and maintaining healthy work environments, a key factor in recruitment and retention of health care workers.

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System (CMIRPS) Initiative:

Operations Committee Meetings and Conference Calls—3 meetings, 10 conference calls

Advisory Committee Meetings and Conference Calls—2 meetings, 2 conference calls

Canadian Coalition of Medication Incident Reporting Meetings and Conference Calls—1 meeting, 3 conference calls

Negotiations for strategic oversight and national coordination of CMIRPS (to be provided by the Canadian Patient Safety Institute) initiated

Canadian Institute for Health Information (CIHI) preliminary Privacy Impact Assessment completed

ISMP Canada Privacy Impact Assessment completed

CMIRPS Communications Framework developed

CMIRPS Operations Committee Memorandum of Understanding developed

Draft Root Cause Analysis tool developed, pilot testing initiated

CMIRPS Information Bulletins developed and disseminated

The following results have been achieved in the design and development of CMIRPS:

Environmental Scan i.e. ongoing investigation of Canadian and international medication incident reporting solutions

Draft Business Process Models for individuals and health service organizations reporting to CMIRPS

Draft Data Standards for medication incident reporting

Data submission and specifications

Evaluation of a build or buy option

Best Practices Contribution Program:

The Department funded a total of 11 projects under its Best Practices Contribution Program (BPCP), a federally funded program for which provincial/territorial governments and academic institutions are potential funding recipients. Health Canada released its second Call for Proposals in February 2005. It offers financial support to initiatives that evaluate best practices related to optimal prescribing and utilization of drug therapy, and that encourage the uptake of such best practices across jurisdictions.

National Prescription Drug Utilization Information System (NPDUIS):

Initiated as a result of First Ministers' Meeting 2000 commitments, the National Prescription Drug Utilization Information System (NPDUIS) is an information system managed by the Canadian Institute for Health Information (CIHI), with analytical capacity housed at the Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB). It will provide accurate and timely prescription drug utilization information to support public drug programs in the establishment of sound pharmaceutical policies and the optimal management of drug plans as well as contribute to an increased understanding of the factors that drive drug expenditures. In 2004–2005, CIHI pursued data sharing agreements with public drug plans and explored ways to include private drug plan data.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP		4.3	5.5	11.9	9.4	-3.9

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

Health Promotion and Protection

PAYMENTS TO PROVINCES AND TERRITORIES AND TO NATIONAL NON-PROFIT ORGANIZATIONS TO SUPPORT THE DEVELOPMENT OF INNOVATIVE ALCOHOL AND DRUG TREATMENT AND REHABILITATION PROGRAMS

Start Date: April 1, 1997	End Date: Ongoing	Total Funding: $14.0 M annually

Achieved results or progress made:

Discussions with provinces and territories have been held to improve performance measurement of treatment and rehabilitation services cost-shared by the federal government under the Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Program. Actions to improve performance measurement are being taken within the context of a broader review of the ADTR Program, which is being guided by a federal-provincial-territorial working group.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	15.6	17.2	14.0	14.2	14.2	-0.2

CONTRIBUTIONS IN SUPPORT OF THE FEDERAL TOBACCO CONTROL STRATEGY (FTCS)

Start Date: 2001–2002	End Date: Ongoing	Total Funding: $169.65 M

Achieved results or progress made:

- Continued support of smoking cessation quitlines in the Atlantic provinces, Manitoba and Saskatchewan, ensuring access in all provinces.
- National evaluation of smoking cessation quitlines.
- Research to support implementation of a national coordinated approach to cessation in communities across Canada undertaken with the University of Waterloo and the provincial governments of Prince Edward Island and British Columbia to evaluate a coordinated approach to cessation. We will assess factors such as a smoker's level of addiction and provide referrals to the most appropriate source(s) of cessation support. Follow-up will determine the effectiveness of various interventions.
- Strengthen the infrastructure for tobacco control at both the regional and national levels through funding of the National Clearinghouse on Tobacco Control, Physicians for a Smoke-Free Canada, National Smokers' Rights Association.
- Public education through dissemination of tobacco control information.
- Development and dissemination of school-based tobacco prevention resources e.g. Science, Tobacco and You; youth-engagement resources e.g. Advocating for Smoke-free Schools.
- Development and dissemination of a teen tobacco cessation program "Quit 4 Life"/"Une vie sans fumer" which can be used in schools or as a Web-based self-help resource.
- Strengthening F/P/T collaboration through the development of a joint Framework for Action on Youth and Young Adults.
- A total of 33 mass media projects across the country which resulted in a variety of campaigns focused on reducing exposure to second-hand smoke, prevention of youth uptake or cessation.
- Development and dissemination of more than 200,000 copies of On the Road to Quitting—an interactive self-help Web-based program (also available as a brochure—*Guide to becoming a non-smoker*). On the Road to Quitting is designed to help motivate smokers to quit, and to support them as they undergo the cessation process.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	9.1	15.5	22.2	16.4	16.4	5.8

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

First Nations and Inuit Health

CONTRIBUTIONS FOR INTEGRATED INDIAN AND INUIT COMMUNITY-BASED HEALTH CARE SERVICES

Start Date: Feb. 3, 1994	End Date: March 31, 2005	Total Funding:

Achieved results or progress made:

A total of 85 percent of First Nations and Inuit (FNI) communities have acce· s to Home and Community Care Services, a 2 percent increase from 2003–2004.

Health Canada continues to work in partnership with Indian and Northern Affairs Canada and FNI in the development of a framework on long-term and continuing care in First Nations and Inuit communities.

At present, there are 58 NNADAP (National Native Alcohol and Drug Abuse Program) and YSAP (Youth Solvent Abuse Program) treatment centres across Canada.

In 2004–2005, approximately 6,000 women participated in Canada Prenatal Nutrition Program: First Nations and Inuit component at approximately 450 project sites, serving more than 600 First Nations and Inuit communities.

Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN) and Pauktuutit Inuit Women's Association conducted enhanced AIDS awareness campaigns. Over 20,000 posters, pamphlets and information sheets on HIV/AIDS were distributed in First Nations communities and 1,500 copies of a booklet and information sheets were translated into Inukititut. Several communities engaged in awareness campaigns in conjunction with their local or regional Aboriginal AIDS service agencies.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	294.1	305.6	322.7	326.2	325.0	-2.3

PAYMENTS TO INDIAN BANDS, ASSOCIATIONS OR GROUPS FOR THE CONTROL AND PROVISION OF HEALTH SERVICES

Start Date: June 29, 1989	End Date: March 31, 2006	Total Funding:

Achieved results or progress made:

Strengthened and enhanced accountability and capacity building for First Nations and Inuit and flexibility in the design and delivery of programs and services. The Health Plan Demonstration Project is another step towards increasing First Nations and Inuit communities' capacity to meet the health needs of members, increase accountability, and achieve integration of services where viable. Seven communities were involved in the Health Plan Demonstration Project at the end of 2004–2005. The communities reflected a broad mix of community type, population and remoteness, in various regions across the country. All seven completed their Health Plans and our Department reviewed and assessed them.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	190.9	192.8	203.9	205.2	205.2	-1.3

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

CONTRIBUTIONS TO SUPPORT PILOT PROJECTS TO ASSESS OPTIONS FOR TRANSFERRING THE NON-INSURED HEALTH BENEFITS (NIHB) PROGRAM TO FIRST NATIONS AND INUIT CONTROL

Start Date: Sept.15, 1994	End Date: March 31, 2005	Total Funding:

Achieved results or progress made:

A review of the NIHB pilot projects was conducted in 2004 and a synthesis report on the findings and recommendations completed in March 2005. Of the 31 original pilot projects, one remained in operation in 2004. Authority to extend the pilot project was received in March 2005 and a Performance Review based on an audit will be initiated in 2005–2006.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	6.9	10.6	12.0	8.2	8.2	3.8

CONTRIBUTIONS TO INDIAN BANDS, INDIAN AND INUIT ASSOCIATIONS OR GROUPS OR LOCAL GOVERNMENTS AND THE TERRITORIAL GOVERNMENTS FOR NON-INSURED HEALTH BENEFITS (NIHB)

Start Date: Nov. 8, 1979	End Date: March 31, 2005	Total Funding:

Achieved results or progress made:

A range of medically necessary goods and services (drugs, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term crisis intervention mental health services and medical transportation to access medical services not available on-reserve or in the community of residence) are provided under the NIHB program to approximately 765,000 First Nations and Inuit, regardless of residency.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	124.4	128.3	105.8	130.0	130.0	-24.2

PAYMENTS TO THE ABORIGINAL HEALTH INSTITUTE/CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF ABORIGINAL PEOPLES' HEALTH

Note: The Program was excluded from the DPR because actual spending was less than $200,000.

CONTRIBUTIONS FOR FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH PROMOTION AND PREVENTION PROJECTS AND FOR DEVELOPMENTAL PROJECTS TO SUPPORT FIRST NATIONS AND INUIT CONTROL OF HEALTH SERVICES

Start Date: Nov. 3, 1994	End Date: March 31, 2005	Total Funding:

Achieved results or progress made:

To close the gap in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians, Health Canada put in place a First Nations health promotion and disease prevention strategy and worked with partners to improve health care delivery.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	17.7	18.8	46.6	29.0	29.0	17.6

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

CONTRIBUTIONS ON BEHALF OF, OR TO, INDIANS OR INUIT TOWARDS THE COST OF CONSTRUCTION, EXTENSION OR RENOVATION OF HOSPITALS AND OTHER HEALTH CARE DELIVERY FACILITIES AND INSTITUTIONS, AS WELL AS OF HOSPITAL AND HEALTH CARE EQUIPMENT

Start Date:	End Date: March 31, 2005	Total Funding:
Feb. 1, 1979		

Achieved results or progress made:

Repairs, upgrades and replacements of building systems improved the safety and operating efficiency at Health Canada hospitals and other health facilities. These projects included fuel distribution system upgrades, furnace and heating system repairs, and installation of efficient lighting systems and solar energy equipment.

We constructed 11 health facilities, including five health stations, four health centres and two nursing stations. This ensures that health services are accessible to First Nations and Inuit communities through modern and sustainable health facilities.

Health Canada constructed 16 residential units to accommodate nursing staff in remote and isolated communities.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	32.5	44.8	23.4	49.0	49.0	-25.6

CONTRIBUTION TOWARDS THE ABORIGINAL HEAD START ON-RESERVE (AHSOR) PROGRAM

Start Date:	End Date: March 31, 2005	Total Funding:
August 25, 1998		

Achieved results or progress made:

Elements of the AHSOR program were delivered in 338 communities, which served approximately 9,100 children. In 2004–2005, AHSOR convened a workshop on children's special needs in First Nations communities to discuss future program developments that address those needs. We also facilitated parent focus groups in communities to obtain their feedback on barriers to parental involvement and strategies to address those.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	32.8	33.1	32.8	37.7	37.6	-4.8

CAPITAL CONTRIBUTIONS FOR NON-DEPARTMENTAL HEALTH FACILITIES FOR FIRST NATIONS AND INUIT

Note: This Program was included in the Health Canada 2004-2005 RPP with Planned Spending of $18.5 million in 2004–2005. The Program was excluded from the DPR because actual payments were made under the Departmental Management and Administration business line of the Construction and Renovation Contribution Program.

NAMED CONTRIBUTION TO THE PROVINCE OF ONTARIO FOR THE CONSTRUCTION OF THE MENO YA WIN HEALTH CENTRE

Start Date:	End Date: 2004–2005	Total Funding: $37.4 M
2004–2005		

Achieved results or progress made: construction of the Meno Ya Win Health Centre.

	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP				37.4	37.4	-37.4

Note: This contribution was not included in the 2004-2005 RPP. This is one-time funding to the province of Ontario.

Financial Table 11B: Summary of Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (cont'd)

CONTRIBUTIONS TO INDIAN AND INUIT ASSOCIATIONS OR GROUPS FOR CONSULTATIONS ON INDIAN AND INUIT HEALTH						
Start Date: July 23, 1980	End Date: March 31, 2005		Total Funding:			
Achieved results or progress made: Led First Nations and Inuit national and regional consultation and engagement process.						
	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP	4.7	5.2	1.0	5.6	5.4	-4.4
Note: This Program was not included in the 2004–2005 RPP because Planned Spending was $1.0 million in 2004–2005 but was added to the DPR because Actual Spending was over $5 million.						

Information and Knowledge Management

CONTRIBUTIONS PROGRAM TO IMPROVE ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR OFFICIAL LANGUAGE MINORITY COMMUNITIES (OLMCs)						
Start Date: April 1, 2003	End Date: 2007–2008 and ongoing		Total Funding: $89 M over five years (2003–2008)			
Achieved results or progress made: To date, 27 community networks for both official language minority communities are in place across Canada. Also, for Francophone minority communities, 40 students graduated from universities and 100 graduated from colleges in June 2004. Health Canada funding supported the establishment of training programs in 10 post-secondary institutions. For the Anglophone minority communities, the second-language training programs for health professionals were established. Second-language training is planned to start in 2005–2006.						
	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP		8.0	13.0	14.8	14.8	-1.8
PRIMARY HEALTH CARE TRANSITION FUND (OLMC ENVELOPE)						
Start Date: April 1, 2001	End Date: March 31, 2007		Total Funding: $30 M over 42 months 2003–2006 (for the OLMC Envelope)			
Achieved results or progress made: To date, for Francophone minority communities, over 60 projects are currently under way. These projects were developed by community networks and are adapted to provincial, territorial and regional realities, aiming at providing concrete and clear direction. For Anglophone minority communities, over 20 transition projects have been implemented to create innovative models that will enhance primary health care and front-line social services, and break the isolation of English-speaking people in long-term care facilities.						
	Actual Spending 2002–03	Actual Spending 2003–04	Planned Spending 2004–05	Total Authorities 2004–05	Actual Spending 2004–05	Variance(s) between Planned and Actual
Total TPP				7.3	7.1	-7.1
Note: The Program was reported under Health Care Policy Contributions for the PHCTF in the 2004–2005 RPP (page 101). Planned Spending for 2004–2005 was reflected under the PHCTF.						

Financial Table 12: Conditional Grants (Foundations)

1) NAME OF FOUNDATION: CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI)		
2) Start Date: Roadmap I March 31, 1999 Roadmap II April 1, 2002 Roadmap II+ March 31, 2002	3) End Date: Roadmap I March 31, 2003 Roadmap II March 31, 2007 Roadmap II+ March 31, 2007	4) Total Funding: Roadmap I $95 M Roadmap II $95 M Roadmap II+ $70 M

5) Purpose of Funding:

The Roadmap Initiative, which includes all three grants, provides the financial support for the Canadian Institute for Health Information to:

- serve as the national mechanism to coordinate the development and maintenance of a comprehensive and integrated health information system for Canada; and
- provide and coordinate the provision of accurate and timely information required for the establishment of sound health policy, the effective management of the Canadian health system and generating public awareness about factors affecting good health.

6) Objective(s), expected result(s) and outcomes:

CIHI plays a major role in supporting the reporting commitments of various First Ministers' Meetings and First Ministers' Accords on Health Care Reform.

The key areas identified for action include:

- consulting with stakeholders to confirm priority health information needs;
- developing health information standards to ensure the consistent collection, sharing and interpretation of health information;
- filling in gaps in information on health services and related costs and outcomes;
- filling in gaps in information on population health and factors that affect our health;
- creating a Canadian Population Health Initiative (CPHI) to provide new information and insights on health and the health system; and
- producing and disseminating regular, easy-to-understand public reports and conducting special studies on the health of Canadians and the health system.

7) Achieved results or progress made (within overall departmental results achieved):

The 2004–2005 Operational Plan and Budget were presented for approval to the Board of Directors at the February 2004 meeting, and then submitted to the Minister of Health. Key initiatives completed in 2004–2005 include:

- release of *Health Care in Canada, 2004* and development of the 2005 edition
- expanded range of collaborative and analytical activities
- development and implementation of new health indicators to address priority health information needs
- implementation of a long-range plan to develop analytical capacity and strengthen links with the research community
- special data quality studies
- release of a set of provincial data quality reports aimed at identifying data quality issues at the provincial level
- continuation of grouper redevelopment activities including production of ICD-10-CA/CCI grouping methodologies
- production and dissemination of policy-relevant analytical reports
- increase in the scope, relevance and usefulness of existing health human resources products
- continued work on the development of a Canadian Medication Incident Reporting and Prevention System
- continued development of a reporting system for home care services

Financial Table 12: Conditional Grants (Foundations) (cont'd)

	8) Actual Spending 2002–03 $70 M	9) Actual Spending 2003–04 $0	10) Planned Spending 2004–05 $0	11) Total Authorities 2004–05 $0	12) Actual Spending 2004–05 $0	13) Variance between 10) and 12) $0
14) Conditional Grant(s)	$70 M	$0	$0	$0	$0	$0

15) Comments on Variances: N/A

16) Significant Evaluation Findings and URL to last evaluation:
http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/finalreportOct9execsum_e.pdf

17) URL to Foundation site: http://www.cihi.ca

18) URL to Foundation's Annual Report: The Minister does not table CIHI's Annual Reports.
2003–2004 Annual Report http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_1131_E&cw_topic=1131
2004–2005 Annual Report to be released in September 2005

1) NAME OF FOUNDATION: CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION (CHSRF)

2) Start Date: 1996–1997 3) End Date: N/A 4) Total Funding: $151.5 M

5) Purpose of Funding: CHSRF received $66.5 M from 1997–1999 (as an endowment) to set up the Foundation and another $35 M to support its participation in the Canadian Institutes of Health Research. CHSRF was provided with grants in 1999 and 2003 of $25 M each to (i) develop solutions to the challenges facing nurses (Nurses Using Research and Service Evaluations or NURSE); and (ii) enhance the skills of health system managers in using research to increase evidence-based decision-making (Executive Training for Research Application or EXTRA). CHSRF leverages funding by partnering with other organizations.

6) Objectives, expected results and outcomes:

CHSRF's goals for 2004 were to: (i) enhance research quality and quantity responding to health system decision makers' needs; (ii) get needed research to health system managers and policy makers; (iii) help health system managers and policy makers to obtain and apply relevant research; (iv) bring together researchers and decision makers to understand and influence each other's goals and work, and develop partnerships; and (v) strategically and effectively manage and align staff, technology and processes to achieve CHSRF's mission.

Some of the planned results include: funding new research on priority themes; the reappraisal of Listening for Directions; the launch of the EXTRA program; improving understanding of the nursing theme, creating a network to increase knowledge exchange and enhancing research dissemination.

The impact/effects of CHSRF's programs are to improve the scientific basis for decision-making in health services. CHSRF focuses on building bridges between applied health services researchers and decision makers to facilitate the use of research-based evidence. This involves making the information accessible, providing tools and training for its effective use, as well as creating the capacity needed to address health system needs.

7) Achieved results or progress made (within overall departmental results achieved):

Overall key achievements in 2004 include: leading an assessment of health services priorities (Listening for Directions II); developing a new granting program to maximize the impact of health services and nursing research on decision-making (Research, Exchange and Impact for System Support); and the successful launch of the EXTRA program. With regard to NURSE and EXTRA, the following were achieved:

NURSE: An external scan was conducted to improve understanding of the state of knowledge in the nursing theme; the resulting refinements provided direction for the new Research, Exchange and Impact for System Support competition. Work progressed on a network for increased knowledge exchange: the needs and priorities of the nursing community were identified; and complementary work was funded for a network in community health. Research dissemination activities increased knowledge exchange, including the translation of a nursing monograph on nursing human resources for decision makers.

EXTRA: The first cohort of 24 fellows was selected. The fellows finished two of the six modules of the program, including site visits to 24 health care organizations. Four regional mentoring centres were established, fellows were linked with mentors, and a Memorandum of Understanding was developed with the Canadian College of Health Service Executives to seek mentors annually. An Internet-based tool was developed to support communication and collaboration. Work progressed on the evaluation component: an evaluation team was established; a framework was designed; and interviews were completed with sponsor organizations, as well as a baseline survey of the 2004 fellows. Work has begun to identify further advancement of accreditation and certification options for the program.

Financial Table 12: Conditional Grants (Foundations) (cont'd)

CHSRF's work contributes to Health Canada's aim of strengthening the knowledge base to address health and health care priorities. More specifically, CHSRF's programs further the development of health human resources, provide health managers with tools to improve primary and continuing care, and support nursing research from a health system perspective.

	8) Actual Spending 2002 (Jan. 1 to Dec. 31)	9) Actual Spending 2003 (Jan. 1 to Dec. 31)	10) Planned Spending 2004 (Jan. 1 to Dec. 31)	11) Total Authorities 2004 (Jan. 1 to Dec. 31)	12) Actual Spending 2004 (Jan. 1 to Dec. 31)	13) Variance between 10) and 12)
14) Conditional Grants	$9,494,368	$7,845,209	$9,985,633	$9,985,633	$8,193,855	$1,791,778
Core Funds,	—	$3,653,976	$3,401,014	$3,401,014	$3,160,734	$ 240,280
NURSE and	—	$1,377,576	$2,442,010	$2,442,010	$2,411,460	$ 30,550
EXTRA						

15) Comments on Variances: N/A

Comments regarding the Core and NURSE Funds will be combined since programs under these funds are closely linked. EXTRA Fund comments will be handled separately.

Core Funds and NURSE Funds were under spent by just over $2 million.

Research Grants and Awards:
The Research Grants and Awards line item is made up exclusively of grants and awards that the Foundation makes to perform research (i.e. Open Grants Competition and Nursing Care Partnership), and "increase capacity" (i.e. Post-Doctoral Awards, Career Reorientation Awards, Chairs Awards and Regional Training Centres) within applied health services. This line item was under spent by approximately $879,000. This under expenditure is the result of grantees/awardees not providing sufficient information for the payments to be released. These factors which are outside of the CHSRF's control were coupled with the fact that a normal granting and awards cycle extends a fiscal budget cycle, resulting in funds not being expensed in 2004.

Under the CHSRF auditors' recommendation, the CHSRF payment to CIHR for its contribution to the Open Grants Competition (for files that were transferred to CIHR) has been removed from the CHSRF Statement of Operations and recorded as a reduction of deferred contributions. This approach represents proper accounting treatment for this transaction given that the risks and liability have been transferred to CIHR. The budget was not adjusted downward at the time of the transfer, accounting for an under expenditure of approximately $360,000. The remaining Open Grants Competition files retained at CHSRF were under spent by $191,665. The transfer of files to CIHR partially accounts for this under expenditure. If the files had remained with the Foundation, payments would have been made covering the period from July to December. Given the transfer, the initial payment to new grants was delayed until November, therefore resulting in an under expenditure for the four month period from July to October. Also, certain payments were delayed as CHSRF did not receive the required financial and progress reports from the researchers in a timely manner to trigger the subsequent payments.

The Commissioned Research line item was under spent by $112,837. There were two main reasons for this:

- the delays experienced with the Methods of Synthesis project (authors ere very slow to submit their papers) which delayed expenses into 2005; and
- the limited internal resources available to lead further commissioned research projects given the redesign of the research programs that was undertaken when the new Director, Research Programs joined CHSRF, in combination with staff maternity leaves.

The budget for Career Orientation Awards was under spent by approximately $115,000. The reason for the under expenditure is that CHSRF only awarded three of four available awards in 2004 and the start dates for the three awards were June, September and November. With the later start dates, less money was spent in 2004. The surplus will be carried forward to 2005 to cover forward commitments.

Similar to the issues faced with the Career Reorientation Awards, the Post-Doctoral Awards were also under spent. While the Foundation awarded all eight awards in the 2004 competition, many recipients were not able to start as early as they had originally anticipated (i.e. they must complete all PhD requirements before they can commence the award and had until February 28, 2005 to do so—in academia, delays in thesis defense dates are common). In addition, we also had a few award holders from previous competitions who ended their awards early which also contributed to the under expenditure.

Financial Table 12: Conditional Grants (Foundations) (cont'd)

Linkage and Exchange
Linkage and Exchange expenditures are all the costs relating to the Knowledge Transfer and Exchange activities undertaken by the Foundation. The budget for this area of activity was under spent by approximately $488,000 due to difficulties in staffing a key position in this area earlier in the year.

This under expenditure was caused by a variety of projects that were not realized in 2004 due to other commitments. The research dissemination budget was under spent by approximately $76,000. It was anticipated that four fact sheets would be published for $20,000 but only one was realized. The primary care synthesis and funding of a research team to do the dissemination (with budgets of $30,000 and $18,000 respectively) were not accomplished.

The Knowledge Networks and Broker Training line item was under spent by $255,000. This under expenditure is mostly attributable to the activity associated with the knowledge broker demonstration pilots. The under expenditure is due to a timing issue, i.e. the funds were budgeted in 2004 but the expenses will only be recognized in 2005. The projects were to start earlier in 2004 but the six demonstration sites only started in December 2004. These are the knowledge broker demonstration projects that were reclassified to prepaid expenses during the course of the audit. In the networks section, approximately $50,000 was not spent due to staffing issues associated with maternity leaves.

Program Support and Development
Program support and development includes all costs to support the Foundation's core research and knowledge transfer and exchange mandate. This area of activity was under spent by $428,000—following are some of the explanations.

Regional and Scientific Officers—CHSRF is in transition in terms of how it uses the regional officers. As a result, the empty regional officer positions (in Quebec and Atlantic Regions) were not filled despite original intentions. Also, the availability of those on contract may also have been affected by their heavy level of involvement with the EXTRA program. These officers were not used to the extent outlined in the budget (i.e. the budget included three days a month but they invoiced the Foundation for less.)

CHSRF managed to streamline its Merit Review Process by completing it within one day instead of the budgeted two days. With regard to the Career Orientation Awards and the Post-Doctoral Awards, the merit review panel process was combined into one panel session instead of two individual panels, thus reducing the overall costs associated with this activity.

The realized savings as well as the realized time associated with a streamlined merit review process allowed staff to complete work that would have normally been done by consultants, thus reducing expenditures identified in the budget.

Administration
The Administration budget was under spent by $252,134, in part due to staff vacancies ($100,000). In 2004, a number of cost-saving initiatives reduced the overall administration costs.

EXTRA Program
Overall, the EXTRA program expenses came in under budget by $30,550. The EXTRA expenditures are made up of all costs related to running the EXTRA program. It was somewhat difficult to budget for a new program with no previous history.

16) Significant Evaluation Findings and URL to last evaluation:

The Foundation has completed a number of summative and qualitative evaluations of its respective programs. CHSRF commissioned an International Review Panel Report in 2001 and it anticipates that it will conduct another overall evaluation in 2007. Significant findings included: CHSRF has made notable gains in a short time; its focus should be on knowledge transfer; emphasis should also be placed on measuring its impact and expanding its communications efforts, partnerships, and work in the nursing community. The Report also concluded that CHSRF compares very well to similar international organizations that are more established and operate with larger budgets.

http://www.chsrf.ca/other_documents/irpr/

17) URL to Foundation site: www.chsrf.ca

18) URL to Foundation's Annual Report: http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/2004/

Financial Table 12: Conditional Grants (Foundations) (cont'd)

1) NAME OF FOUNDATION: CANADA HEALTH INFOWAY INC. (*INFOWAY*)						
2) Start Date: March 9, 2001		3) End Date: N/A			4) Total Funding: $1.2 billion	
5) Purpose of Funding: Canada Health Infoway Inc. (*Infoway*) is an independent not-for-profit corporation with a mandate to foster and accelerate the development and adoption of electronic health information systems with compatible standards and communications technologies across Canada. *Infoway* is also a collaborative mechanism in which the federal, provincial and territorial governments participate as equals, toward a common goal of modernizing Canada's health information systems. This collaborative approach will reduce overall costs in various ways: by avoiding duplication of efforts; through economies of scale; by building once and replicating in other jurisdictions; by increasing system interoperability (connecting all systems together); and by maintaining a consistent and sustained approach which is based on the Electronic Health Record (EHR) Blueprint. Funding has been provided to *Infoway* on three occasions: $500 million in 2001 in support of the First Ministers' Action Plan for Health System Renewal of September 2000 to work together to strengthen a Canada-wide health infostructure to improve quality, access and timeliness of health care for Canadians, with the EHR as the key priority; $600 million as part of the First Ministers' Health Accord of February 2003 to accelerate implementation of the EHR; and $100 million as part of Budget 2004 to support the development of a pan-Canadian health surveillance system, with a particular focus on infectious disease.						
6) Objective(s), expected result(s) and outcomes: *Infoway* is working in collaboration with the federal, provincial and territorial governments toward having the basic elements of an interoperable EHR in place across 50 percent of the population by the end of 2009. To achieve this, *Infoway* is co-investing with the provinces and territories to develop and implement nine programs: Infostructure, Registries, Diagnostic Imaging, Drug Information Systems, Lab Information Systems, Telehealth, Health Surveillance, Interoperable EHR, and Innovation and Adoption. The investments in EHR will have an impact on the health care system and its sustainability by improving the quality, productivity and timeliness of health care delivery. In addition, investments will enhance accessibility to health care services and improve patient safety.						
7) Achieved results or progress made (within overall departmental results achieved): In 2004–2005, *Infoway* committed $195 million in project investments. This represents 56 percent more investment than in the previous three years combined, for a total of $321 million since *Infoway* was created. *Infoway* initiated 52 new projects in 2004–2005, virtually doubling its project count and bringing its cumulative total to 105 projects. Nineteen of the new projects were based on reusing and adapting the results of successful diagnostic imaging, drug information, client registry and provider registry implementations from other parts of the country. *Infoway* has now approved investment strategies for all of their nine programs. There are now 62 jurisdictional projects jointly developed with the provinces and territories: 20 Registries, 17 Diagnostic Imaging, 6 Drug Information Systems, 6 Lab information Systems, 8 Telehealth and 5 Interoperable EHR projects. In addition, 44 pan-Canadian projects are under way. As well, to make it easier for provinces and territories to provide their share of the funding for EHR projects, *Infoway* recently decided to increase their funding to cover an average of 75 percent of project costs, rather than 50 percent.						
	8) Actual Spending 2002–03	9) Actual Spending 2003–04	10) Planned Spending 2004–05	11) Total Authorities 2004–05	12) Actual Spending 2004–05	13) Variance between 10) and 12)
14) Conditional Grant(s)	$18.3 M	$59.8 M	N/A	N/A	$73.7 M	
15) Comments on Variances: N/A						
16) Significant Evaluation Findings and URL to last evaluation: An evaluation to measure *Infoway*'s overall performance in achieving the outcomes identified in the Funding Agreement is due March 31, 2006.						
17) URL to Foundation site: http://www.infoway-inforoute.ca/						
18) URL to Foundation's Annual Report: http://www.infoway-inforoute.ca/resourcecentre/index.php?lang=en						

Financial Table 13: Response to Parliamentary Committees, Audits and Evaluations

RESPONSE TO PARLIAMENTARY COMMITTEES
Health Canada did not table any responses to Parliamentary Committee reports during 2004–2005.
RESPONSE TO THE AUDITOR GENERAL
In November 2004, the Auditor General's Report, *Chapter 4 — Management of Federal Drug Benefit Programs* was tabled. The Report's findings deal with three main themes: coordination among federal departments; efficient management of public funds; and patient safety. The Department has established several goals to address the audit recommendations. In particular, Health Canada is committed to improving collaboration across drug programs, improving the efficiency and effectiveness of pharmacy provider audits, and enhancing the capacity of the Department to alert pharmacists to potential drug misuse. In February 2005, the Auditor General's Report *Chapter 4 — Accountability of Foundations* was tabled. Improvements were called for in oversight, and performance audits and evaluations; greater consistency in the governance regime for foundations; and greater clarity in the application of the transfer payment and alternative service delivery policies. Health Canada will continue to work with central agencies and foundations to comply with all applicable provisions regarding the oversight of foundations as recommended by the Auditor General's Report.
EXTERNAL AUDITS OR EVALUATIONS
Audits Conducted by the Auditor General: Management of Federal Drug Benefit Program Accountability of Foundations *Reports by the Commissioner of the Environment and Sustainable Development (CESD):* Chapter 4: Assessing the Environmental Impact of Policies, Plans and Programs Chapter 6: Environmental Petitions *Audit conducted by the Public Service Commission (PSC):* Special Audit on Federal Student Work Experience Program (FSWEP) *Monitoring by the Public Service Commission (PSC):* Questionnaire on the application of the Public Service Official Languages Exclusion Approval Order *Audit conducted by the Canadian Human Rights Commission:* Twelve Statutory Requirements of the *Employment Equity Act* *Audits conducted by the Office of the Commissioner of Official Languages:* Audit of Active Services to the Public—Part IV http://www.ocol-clo.gc.ca/archives/ar_ra/2004_05/health_sante_e.htm Health Canada's Official Languages Report Card http://www.ocol-clo.gc.ca/archives/ar_ra/2004_05/health_sante_e.htm
INTERNAL AUDITS OR EVALUATIONS
Internal audits completed by Health Canada in 2004–2005 are available on the departmental Web site: Audit of Moveable Assets http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/mov-mob_e.html Audit of Grants and Contributions Programs Within HECSB http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/hecs-dgsesc_e.html Audit of the Management Control Framework for Conflict of Interest http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/frame-cadre_e.html Audit of Sustainable Development http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/sus-dur_e.html Directed audit of the expenses incurred by the Société santé en français Inc. according to Contribution Agreements no 6799-15-2002/0370032 and 6799-15-2002/0370033 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/SSF_e.html Audit of Emergency Preparedness

Financial Table 13: Response to Parliamentary Committees, Audits and Evaluations (cont'd)

Internal Evaluations completed by Health Canada in 2004–2005:

Aboriginal Head Start On-Reserve Program
First Nations and Inuit HIV/AIDS Strategy
Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program
Contribution to the Canadian Council for Donation and Transplantation
Labrador Innu Healing Strategy
Federal Tobacco Control Initiative

NOTES:

For transparency purposes, Health Canada is including the following information in its response to the Auditor General's Report.

In March 2004, the Auditor *General's Regulation of Medical Devices* Report was tabled. Report recommendations related to the assessment of risks in the conduct of investigational tests for medical devices; timely access to safe and effective medical devices; the management of post-market medical devices risks and benefits; the regulation of reprocessed single-use devices; cost-recovery program; adequate human and financial resources for the delivery of the medical devices program; reporting on progress and challenges in the program; and, evaluating, measuring and reporting on results of the program.

In response, a number of actions have been completed and/or are under way. These include but are not limited to: issue and gap analysis, reviews and comparative studies; process mapping; the implementation of an inspection program; the development of safety signals; annual reporting on adverse reaction; staffing; implementation of a costing model; development of a logic model and performance measurement strategy for the medical devices program; development of a results-based management accountability framework for the post-market surveillance of medical devices. Remaining action items relate to long-term activities and involve provincial/territorial/stakeholder engagement and consultations, finalization of memoranda of understanding with international partners, and implementation of recommendations

http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/20040302ce.html

Financial Table 14: Sustainable Development Strategy Commitments

Health Canada's Sustainable Development Strategy (SDS) for 2004–2007 was developed with three thematic areas and six related objectives to guide action and implementation as follows:

Helping to create healthy social and physical environments

Objective 1.1

Health Canada commits to strengthening partnerships on health, environment and sustainable development to contribute to healthier environments and safer foods and products for Canadians.

Objective 1.2

Health Canada commits to the collaborative delivery of health promotion, disease prevention and health care services for First Nations and Inuit.

Objective 1.3

Health Canada commits to strengthening partnerships with other federal departments and non-governmental organizations in order to contribute to a healthier population.

Integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes

Objective 2.1

Health Canada commits to integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes to contribute to the effective delivery of Health Canada's programs.

Minimizing the environmental health effects of the Department's physical operations and activities

Objective 3.1

Health Canada will contribute to healthier environments and safer products for Canadians through improved departmental activities and sustainable management of land and facilities.

Objective 3.2

Health Canada will contribute to promoting healthier environments and safer products for Canadians by adopting a pollution prevention approach.

Health Canada's third SDS 2004–2007 is based on the strategic outcomes outlined in the 2004–2005 Report on Plans and Priorities as well as key federal sustainable development reports, priorities, and initiatives.

The alignment of the SDS commitments with departmental planning is helping employees understand the relationship between sustainable development and the key mandated areas of focus for the Department. Clarifying this relationship brings together a better picture of how sustainable development is positioned in the Department and is instrumental in building the understanding needed to ensure progress in changing behaviours.

Financial Table 14: Sustainable Development Strategy Commitments (cont'd)

By fulfilling the commitments in the Strategy, Health Canada will make progress in ensuring that sustainable development is incorporated into program delivery, policy development, decision-making and the way in which the Department manages its operations.

SUMMARY OF KEY TARGETS*	
Target	**Progress Information**
1.1.1 In partnership with federal, provincial and territorial departments of health and environment, Health Canada will develop an integrated, source-to-tap approach to drinking water quality in Canada.	Drinking Water Guidelines and their supporting documents are being developed for chemical and microbiological contaminants on an ongoing basis. Three guidelines (Trihalomethanes, Bromodichloromethane, and Arsenic) were approved by the FPT Committee on Drinking Water for consultation in January 2005 and the fourth (chlorite/chlorate) was approved in April 2005.
1.1.2 Health Canada will work with other federal departments to develop a compliance framework for drinking water quality in areas of federal jurisdiction.	Health Canada leads an Interdepartmental Working Group on Drinking Water in the development of the document, Guidance for Providing Safe Drinking Water in Areas of Federal Jurisdiction. This 85-page document has been consulted on, edited, translated and approved by members of the Interdepartmental Working Group. It is expected that the document will be posted to the Health Canada Web site in 2005–2006.
1.1.3 Health Canada, in conjunction with other federal departments, will reduce cross-border air pollution by undertaking pilot projects that enable greater opportunities for coordinated air quality management between Canada and the United States.	The National Population Health Survey (NPHS) data are being analyzed for long-term exposure to air pollution. Each participant is being assigned a long-term exposure level based on his/her residential history. The next step will be the analysis of the associations between long-term exposure to air pollution and adverse health outcomes. Work on the Air Quality Index (AQI) is proceeding on schedule. Subject to provincial acceptance, this reformulated AQI will be piloted in summer 2005–2006 for planned implementation in 2007–2008.
1.1.4 Health Canada will collaborate with partners and other federal departments to assess climate change impacts on human health and well-being, and research and develop approaches to adaptation planning and implementation as part of the Climate Change Plan for Canada.	Work has started and a number of contracts are in place with departmental personnel and academics. Further information will be provided as developments occur.
1.1.5 Health Canada will work in consultation with stakeholders to develop and/or update science-based guidelines and standards to improve the safety of the food supply and reduce food-borne illness.	Health Canada is finalizing the preparation of drafting instructions for proposed regulatory amendments to enhance labelling requirements for added food allergens, gluten sources and sulphites.

Financial Table 14: Sustainable Development Strategy Commitments (cont'd)

Target	Progress Information
1.1.6 Health Canada will help prevent the exploitation of flora and fauna used for medicinal purposes.	The convention on International Trade in Endangered Species of Wild Fauna and Flora (cites) standards have been incorporated into guidance documents and assessment tools for natural health products. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/legislation/docs/index_e.html
1.1.7 Health Canada will improve its process for making regulatory decisions for pest control products to provide access to safer products, and will provide information on pest control products and on sustainable pest management practices.	In October 2004, proposed Adverse Effects Reporting (AER) Regulations for pest control products were published in *Canada Gazette*, Part I and draft AER reporting forms were posted on Health Canada's Web site for comment.
1.2.1 Health Canada will work in collaboration with First Nations and Inuit and provinces and territories to better integrate health services for a sustainable, seamless system of health services for First Nations and Inuit.	First Nations and Inuit Health Branch has implemented health integration initiatives through pilot projects in order to identify, test and evaluate opportunities to incorporate and link program services between federal, provincial, territorial and local health organizations. In addition, Health Canada announced, in September 2004, an Aboriginal Health Transition Fund to enable federal, provincial and territorial governments and communities to devise new ways to integrate and adapt existing health services to better meet the needs of all Aboriginal peoples.
2.1.2 Health Canada will improve the integration of SD considerations within the Department by effectively integrating SD into key departmental policies, legislation and contracts where appropriate, and establishing a formal process to evaluate this integration by March 31, 2007.	As part of the legislative renewal process, sustainable development considerations have been incorporated into the drafting of the *Canada Health Protection Act*.
3.1.1 By March 2005, Health Canada commits to conducting a comprehensive impact assessment and developing a departmental guidebook and action plan, for use by all Health Canada facility managers, to identify, prioritize and propose mitigation/remediation steps in addressing Department-specific issues regarding the sustainable operation and management of Health Canada's facilities (laboratories, hospitals, health care centres and leased space).	Health Canada developed a draft guidebook for use by all departmental facility managers. The guidebook is being edited and revised prior to distribution and departmental implementation.

Financial Table 14: Sustainable Development Strategy Commitments (cont'd)

Target	Progress Information
3.2.1 By March 2005, Health Canada commits to conducting an environmental impact assessment and developing a departmental guidebook and action plan, for use by Health Canada program staff, to identify, prioritize and propose Department-specific issues to be addressed for adopting a pollution prevention approach in administering programs.	Health Canada developed a draft guidebook for use by all departmental staff. The guidebook is being edited and revised prior to distribution and departmental implementation.

* *This table represents a summary of progress made against key commitments in 2004–2005. For more details on progress, please consult the Sustainable Development Strategy 2004–2007 First Annual Report on Progress available at http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_e.html*

Health Canada's current Sustainable Development Strategy entitled: Becoming the Change We Wish to See is a three year strategic plan that tells Canadians and Parliament what general and specific commitments Health Canada has made to sustainable development. Whereas the Department's first strategy contained over 100 commitments, this Strategy focuses on 20 commitments, highlights how employees are an integral part of the overall plan, and identifies a number of practical tools to help incorporate sustainable development at work and at home.

Since the first strategy, Health Canada has made progress in creating a culture that recognizes the importance of sustainable development through the approval, by senior management, of its Sustainable Development Policy in December 2000. This enabled the integration of five key principles outlined in the Policy (shared responsibility, integrated approaches, equity, accountability, and continuous improvement) into the third Sustainable Development Strategy and specifically in the areas of: workplace health; human resource modernization; values and ethics; modern comptrollership; program evaluation and performance measurement; and risk management.

Building on previous experiences and incorporating best practices in our work will achieve sustainable development in the long term.

Financial Table 15: Procurement and Contracting

1. Role played by procurement and contracting in delivering programs	Procurement plays a central role in the program delivery of this Department. It enables the Department to obtain highly specialized research and analytical advice in support of its policy and program delivery.
2. Overview of how the Department manages its contracting function	The Department operates in a decentralized environment with specialized procurement personnel at headquarters and in the regional offices. Contracting authority is delegated to all cost centre managers throughout the Department with delegation of financial authorities based on responsibility of managers. This reflects the Department's aim to have the delegations necessary to help managers deliver quality services and programs to Canadians and achieve the right balance between program knowledge and knowledge of key procurement related administrative regulations and policy. Materiel Management Division, as the functional authority for procurement, provides training, advice and guidance to managers on policy procedures with regards to acquisition of goods and professional services. Contract Requisition and Control Committees (one per branch and region) review and approve all service contracts above $10,000 and all requisitions for goods. Mandatory training on the acquisition of goods and services is provided across Canada to all managers involved in the acquisition process.
3. Progress and new initiatives enabling effective and efficient procurement practices	The Department launched a new Contract Management Framework in 2003. Key initiatives this year are the development of a Performance Measurement tool to measure contract performance, a template for Procurement Planning for the acquisition of goods and services, and a Risk Management tool to mitigate against identified types of contract risks including a matrix used to determine the source of expertise. The development of a new Contract Requisition and Reporting System is in progress and will be used by the Department to track acquisitions of goods and services and streamline the approval process. The Department has setup source lists for counseling services, communication services, and technical training. Work is in progress to prepare the Department for Government of Canada Marketplace and its emphasis on mandatory use of standing offers throughout the federal government. *Key Accomplishments:* Exceeded our targets for Aboriginal procurements on a consistent basis. Worked in partnership with Indian and Northern Affairs Canada to develop a supply arrangement specifically to address the Procurement Strategy for Aboriginal Business. Updated the matrix for the Delegation of Financial Signing Authorities
	Instrument for procurement authority. Implemented training program for departmental senior managers on procurement planning and responsibility. Developed an action plan for implementation of the Government of Canada Marketplace initiative at Health Canada.

Financial Table 16: Service Improvement Initiative

The Service Improvement Initiative (SII) applies to departments with significant direct service delivery to Canadians, and its purpose is to improve Canadians' satisfaction with the services they receive. Health Canada has been identified as one of these departments and is actively participating in implementing the SII.

1. Programs and services covered by the SII:

The Department currently has four key services actively involved in the SII. They are: the National First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) Drug Exception Centre; It's Your Health general health information fact sheets; Pest Management 1-800 Information Line; and Health Canada 1-800 General Inquiries Line in Pacific Region (which is new this year). The Canadian Health Network has moved to the Public Health Agency of Canada. The Health Canada 1-800 General Inquiries Line in Ontario, also one of the original initiatives, was subsequently rolled into regular operations, so no longer exists as an SII project. Part of the feedback strategy is to periodically perform follow-up client satisfaction surveys. The analysis of these surveys assists in understanding client needs and expectations and identifies where service improvements can be made.

2. Development of baseline client satisfaction levels and progress toward achieving satisfaction targets:

Baseline client satisfaction levels were set in 2002–2003. This fiscal year, a third follow-up client satisfaction survey was completed using the Common Measurement Tool for the National FNIHB Drug Exception Centre. The baseline score for overall client satisfaction for this initiative was 3.7 out of 5 in the 2002 survey. The score fell to 3.28 in the 2003 survey, but rebounded to 3.71 in the 2005 survey. The survey results have been submitted to the Common Measurement Tool Bench Marking Database at the Institute for Citizen-Centred Services.

The Pest Management Information Line and *It's Your Health* did not do another client satisfaction survey because changes in their overall client satisfaction results were negligible over the previous year.

The baseline satisfaction level for the 1-800 General Inquiries Line in Pacific Region has been completed. Analysis of the results are still in progress. Follow-up surveys have been compared to the original baseline results.

3. Service standards for all key public services—setting of standards and performance against those standards:

It's Your Health has established service standards which will be published on their Web site. The standards will be implemented immediately for all new fact sheets, and will be put in place over time for the existing fact sheets.

Service standards in FNIHB and the Pest Management Regulatory Agency (PMRA) are in the process of being reviewed and revised, and will be published once they are complete.

4. Main achievements in improving service from a citizen-centred perspective:

FNIHB Drug Exception Centre has made noteworthy changes since the last survey. They have increased their staff complement by five, improving their accessibility and waiting time ratings. They have shifted more staff to cover off the evening hours to accommodate pharmacists in western Canada.

It's Your Health consulted with clients to obtain feedback on their content preferences for future publications.

Financial Table 16: Service Improvement Initiative (cont'd)

Overall Client Satisfaction Scores

Based on the Common Measurement Tool Overall Satisfaction Scale from 1 to 5 where 1 is very dissatisfied and 5 is very satisfied.

Initiative	Baseline Results	Second Survey	Third Survey
It's Your Health fact sheets	4.0	4.18	—
PMRA—1-800 Information Line General Public Registrants	 4.63 4.15	 4.63 4.19	
Canadian Health Network	3.3	Unavailable	—
Non-Insured Health Benefits National Drug Exception Centre	3.7	3.28*	3.71
1-800 General Inquiries Line Pacific Region	4.58		

* *A key event that affected service was the Ontario power blackout during summer 2003, resulting in a significant backlog of requests. Unfortunately, the blackout coincided with the annual anniversary of pharmacists requesting renewals for funding approvals. These two factors undoubtedly had a significant impact on the timeliness and accessibility of the service.*

Service Improvement Initiative—Five Year Report

The Service Improvement Initiative (SII) applies to departments with significant direct service delivery to Canadians, and its purpose is to improve Canadians' satisfaction with the services they receive. Health Canada has been identified as one of these departments and is actively participating in implementing the SII.

1. Programs and services covered by the service improvement initiative:

The Department started this initiative in May 2001 with five key services. These were: the National First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) Drug Exception Centre; *It's Your Health* general health information fact sheets; Pest Management 1-800 Information Line; Health Canada 1-800 General Inquiries Line in Ontario; and the Canadian Health Network. In December 2001 the proposed National 24/7 Emergency Call Management System was added as the sixth initiative, however, this initiative was transferred to the Public Health Agency of Canada and is no longer part of the SII at Health Canada.

In March 2004, the Health Canada 1-800 General Inquiries Line in Ontario was rolled into regular operations, so is no longer reported as a Service Improvement Initiative.

In fall 2004, the Health Canada 1-800 General Inquiries Line for Pacific Region was added as a new initiative.

With the restructuring of the federal Health Portfolio, the Canadian Health Network was moved to the recently created Public Health Agency of Canada.

2. Development of baseline client satisfaction levels and progress toward achieving satisfaction targets:

Owing to the varying degrees of readiness and available resources within each program area for the SII, each of the projects is moving at its own pace, carrying out its respective surveys cyclically, rather than on an annual basis.

3. Service standards for all key public services: setting of standards and performance against those standards:

It's Your Health has established service standards, and these will be published on their Web site.

Service standards in FNIHB and PMRA are in the process of being reviewed and revised, and will be published once they are complete. www.healthcanada.gc.ca/iyh

Financial Table 16: Service Improvement Initiative (cont'd)

4. Main achievements in improving service from a citizen-centred perspective:

FNIHB Drug Exception Centre has made noteworthy changes since the last survey. They have increased their staff complement by five, improving their accessibility and waiting time ratings. They have shifted more staff to cover off the evening hours to accommodate pharmacists in western Canada.

It's Your Health consulted with clients to obtain feedback on their content preferences for future fact sheets.

SII progress by initiative

- **It's Your Health *are fact sheets used to convey general health information to Canadians.***

In early spring 2002, a client survey of distributors and users established a satisfaction baseline of 4 out of 5.

In fall 2003, the second survey of users was completed. Suggestions for improvement were again identified in this survey which scored satisfaction at 4.2 out of 5.

In 2004, action was taken to implement the improvements recommended in the survey of 2003.

In spring 2005, service standards were completed, approved and are awaiting publication.

As the difference in the overall client satisfaction results of the previous surveys has been negligible, *It's Your Health* will now be conducting cyclical client satisfaction surveys. The next survey is due in 2006.

- ***Canadian Health Network (CHN) is a national, bilingual Internet-based health information service.***

In February 2002, the first client satisfaction survey established an overall client satisfaction baseline of 3.3 out of 5.

In February 2004, the second on-line client satisfaction survey was conducted.

Later in 2004, with the restructuring of the federal Health Portfolio, the Canadian Health Network was moved to the Public Health Agency of Canada and is no longer considered a Health Canada SII.

http://publiservice.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_e.asp

- ***National FNIHB Drug Exception Centre processes limited use and exception drugs under the Non-Insured Health Benefits Program.***

In June 2002, the initiative established a client satisfaction baseline of 3.7 out of 5 by conducting a random survey of 1,000 pharmacists.

In fall 2003, the second survey of pharmacists was completed. The score fell to 3.28. A key event that could have contributed to this result was the Ontario power blackout during summer 2003, resulting in a significant backlog of requests.

In early 2005, a third follow-up client satisfaction survey was completed and the overall satisfaction score rebounded to 3.71.

- ***Pest Management 1-800 Information Line answers routine inquiries concerning human health and environmental risks associated with pest control products.***

In June 2002, approximately 100 clients were surveyed via phone calls, personal letters and faxes to establish an overall client satisfaction baseline. The baseline was established at 4.63 out of 5 for the general public and 4.15 out of 5 for registrants.

In 2003, a second survey was completed with an overall client satisfaction score of 4.63 out of 5 for the general public and 4.19 out of 5 for registrants.

This initiative will now be conducting cyclical client satisfaction surveys, as the difference in the overall client satisfaction results of the previous surveys has been negligible.

Financial Table 16: Service Improvement Initiative (cont'd)

Service standards are being reviewed and revised and will be published in 2005.

The next survey will be conducted in 2006.

- ***Health Canada 1-800 General Inquiries Line was established in Toronto in October 2002 as a six-month pilot project.***

On April 1, 2004, this project was rolled into regular regional operations and is no longer a Service Improvement Initiative.

- ***Health Canada 1-800 General Inquiries Line for Pacific Region.***

In fall 2004, the Line came on board as a new initiative.

In February 2005, the first client satisfaction survey established an overall satisfaction baseline of 4.58 out of 5.

Financial Table 17: Horizontal Initiatives

The Horizontal Initiatives being reported were led or participated in by Health Canada.

A Horizontal Initiative template is completed for all major horizontal initiatives where Health Canada is the lead and:

- have been allocated federal funds that exceed $100 million for the entire initiative; or
- are key to the achievement of Government priorities; or
- have a high public profile.

More complete information on each initiative for which Health Canada is the lead, is available on Treasury Board Secretariat's Horizontal Results Database (www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_e.asp).

INITIATIVES FOR WHICH HEALTH CANADA IS LEAD DEPARTMENT		
Initiative	**Partners**	**Description**
Building Public Confidence in Pesticide Regulation and Improving Access to Pest Management Products	Agriculture & Agri-Food; Fisheries and Oceans; Environment; Natural Resources; Canadian Food Inspection Agency	The initiative will increase public and stakeholder confidence in the pesticide regulatory system; protect health and environment as well as increase the competitiveness of the agri-food and forestry sectors.
Canada's Drug Strategy (CDS) Renewed	Solicitor General; Royal Canadian Mounted Police; Correctional Services; Foreign Affairs; Justice	Renew CDS to reduce substance use and abuse, especially among vulnerable populations such as youth. The Strategy includes the creation of two new classes of Health Canada contributions: Drug Strategy Community Initiatives Fund for community projects particularly aimed at vulnerable segments of the population such as women, Aboriginals, and youth; and a Contribution in Support of the Canadian Centre on Substance Abuse.
Early Childhood Development (ECD) for First Nations and Other Aboriginal Children	Social Development; Indian and Northern Affairs	Enhance programs that support ECD, with particular focus on First Nations children on reserves, and reduce incidence of Fetal Alcohol Syndrome/Effects in First Nations communities. Improve existing federal ECD programs; strengthen capacity/networks; develop a research/knowledge strategy; improve integration, coordination, accountability and reporting in federal ECD programming.
Federal Tobacco Control Strategy (FTCS)	Solicitor General; Royal Canadian Mounted Police; Justice; Canada Revenue Agency	The FTCS is designed to achieve significant reductions in disease and death due to tobacco use. FTCS builds upon the four reinforcing components of protection, prevention, cessation and harm reduction.

Financial Table 17: Horizontal Initiatives (cont'd)

Initiative	Partners	Description
Health Information Contribution Program	Statistics Canada	Support the Canadian Institute for Health Information (CIHI) (the sole recipient of the Program) in its mandate as established by the Conference of Federal/ Provincial/Territorial Ministers of Health in 1992.
Therapeutics Access Strategy (TAS)	Patented Medicine Prices Review Board; Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; Canadian Institute for Health Information	Help Canadians maintain and improve their health by ensuring that human drugs and other therapeutic products are safe, of high quality, therapeutically effective, appropriately used, and accessible in a timely and cost-effective fashion.
2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal	Provincial/Territorial Governments	Creates an action plan that will ensure Canadians have timely access to quality health care on the basis of need and not ability to pay. Initiative programs include establishment of the Health Council of Canada and the Canadian Patient Safety Institute; development of a strategy for Health Technology Assessment and improvement of Health Human Resources planning and coordination.
KEY HORIZONTAL INITIATIVES FOR WHICH HEALTH CANADA IS A PARTNER		
Initiative	**Partners**	**Description**
Budget 2003 Investment for Delivering the Canadian *Environmental Protection Act* (CEPA)	Environment (lead)	Improve the capacity of Environment Canada and Health Canada to meet legislative obligations established under CEPA.
Climate Change Horizontal Framework	Environment (lead); seven other departments participating	The Framework will help make it possible to measure the extent to which technological advances have made a difference in emissions; federal funding has levered support from stakeholders in public and private sectors; the co-benefits of investing in climate change are understood, and achieved; Canada is working to develop the knowledge base needed for future climate change negotiations.
Federal Contaminated Sites	Environment (lead); 10 other departments participating	Funding for a number of projects for which funding was sought under the Federal Contaminated Sites Accelerated Action Plan.
Implementation of the First Nations Water Management System	Indian and Northern Affairs (lead)	Improve the quality of water and wastewater treatment on reserves.

Financial Table 18: Travel Policies

Comparison to the TBS Special Travel Authorities
Health Canada follows the TBS Special Travel Authorities.
Comparison to the TBS Travel Directive, Rates and Allowances
Health Canada follows the TBS Travel Directive, Rates and Allowances.

Section IV

Other Items of Interest

Advancing Science

To meet our mandate, "to help the people of Canada maintain and improve their health and safety," our Department must have access to the highest quality scientific and technological advice. We need an adaptable in-house capacity to perform independent science, and to facilitate and interpret the science conducted by our partners. These enable us to develop policy in emerging technology areas, regulate increasingly sophisticated products and provide the services, information and management of issues essential to the health of Canadians.

To enhance the quality of science and science advice, our Department has a Chief Scientist, who established three priorities for the office in August 2004: ensuring effective use of science in policy-making; enhancing science capacity and quality; and, raising awareness and understanding of the science conducted at Health Canada.

In support of these priorities, the Chief Scientist had several notable accomplishments during 2004–2005:

- enhancement of science and technology partnerships within and outside of the Department;
- introduction of the Scientist Emeritus Program to maximize scientific corporate memory and mentor new scientists;
- introduction of new mechanisms to secure external science advice; and
- delivery of a successful Health Canada Science Forum.

The Chief Scientist is committed to working in partnership to spur scientific advances that improve health. Most significant among the partnerships is the bond between Health Canada and Canadian Institutes of Health Research (CIHR). The Chief Scientist fosters and facilitates that partnership by acting as a catalyst for collaborative research initiatives in areas of strategic importance. For example, Health Canada has been an active scientific and funding partner in projects to reduce health disparities among Canadians. In addition, the Office of the Chief Scientist co-sponsored the Policy Forum on Health Disparities, which brought together researchers and federal and provincial officials.

Other partnerships in progress include: The Safe Food and Water Initiative with CIHR; the Severe Acute Respiratory Syndrome Consortium with the Public Health Agency of Canada and CIHR; and an innovative exchange program with the Department of Foreign Affairs. Canada has special expertise in coordinating efforts in global health research. This is demonstrated by the activities of the new Global Health Research Initiative, which is a unique partnership of four federal agencies, Health Canada, CIHR, the Canadian International Development Agency and the International Development Research Centre.

deploying their distinct strengths to increase Canada's contributions to global health research and its use.

The Scientist Emeritus Program involves welcoming back retired Health Canada scientists in a volunteer capacity to mentor and coach young scientists in their fields of expertise. Our first Scientist Emeritus, Dr. Tony Myers, was announced in 2005.

The Science Advisory Board (SAB) provides a valued source of expert, independent advice to the Minister of Health on the science performed and used by Health Canada, focusing on the future direction of scientific programs, emerging health sciences and scientific trends, and scientific partnerships and linkages. The pervading theme for the Board's work in 2004–2005 was Managing Science in Times of Change and this was reflected in its provision of advice on public health issues related to the new Public Health Agency of Canada. The Board also considered departmental science needs and capacity, risk management strategies, and the need for openness and transparency in decision-making.

The Science Forum has grown into a national showcase for Health Canada's innovative science. The 2004 Forum, Current Health Challenges Facing Canadians, included experts in law, environmental health, biotechnology, pharmacology and medicine. Discussions focused on science-based solutions to important health issues. The diversity of health-related disciplines provided a broad perspective, enriching the foundation for evidence-based decisions affecting the health of Canadians. The 2004 Forum included a team of Russian scientists, adding an international perspective and opening the door for the sharing of research results and best practices at a global level.

Improving Management Practices

In addition to items discussed elsewhere in this Report, there are three focal points of attention as Health Canada improves management practices.

Progress on the Management Accountability Framework

Building on progress in implementing our vision of a modern organization, as established in the Modern Management Strategy developed under the Modern Comptrollership Initiative, the Department has continued to integrate the principles of modern comptrollership into management processes and systems, establishing the foundation for sound management.

When the Treasury Board Secretariat introduced the Management Accountability Framework (MAF) in 2003, our Department was ready to adopt it as we saw it as an integration tool for management. We first put our focus on strengthening stewardship and accountability as a means to enhance the capacity of the Department to deliver on our priorities. This led to improvements to management systems, processes and practices and changing the way managers and staff operate. The challenge for the last year was to sustain these changes, measure their impact and continue to adopt sound management practices.

We are using the MAF as a lens to assess management practices and identify areas for further improvement. Managers at all levels have been exposed to the concepts and principles of the MAF through management courses and presentations. During 2004–2005, Health Canada branches and regions began examining their strengths and gaps using the MAF, with some aligning their respective planning and management activities with the 10 elements of the MAF.

Support from senior management, particularly through the Department's Executive Sub-Committee on Operations (DEC-Ops), was key in ensuring that management improvement remained the focus of attention. By monitoring and approving a number of important changes in management practices and systems in the Department, DEC-Ops is playing an important role in operationalizing the MAF.

In fall 2004, DEC-Ops adopted the MAF as a guide to establish its own forward agenda. In December 2004, DEC-Ops also approved the creation of the MAF Network to further enhance the capacity of the Department to meet the expectations of the MAF. The MAF Network, comprised of representatives from all branches, regions and key functional areas provides: a forum to exchange information on management practices across the Department; a quick response to Treasury Board Secretariat reporting

requirements related to the MAF; and an opportunity for discussion on issues related to the operationalization of the MAF.

Integrated Risk Management

Now in its second year of activities, the Department made steady progress on implementing an Integrated Risk Management Framework. Key activities completed to date include: a risk management lens incorporated in the Priority Setting Exercise; corporate risk information included in the Report on Plans and Priorities; the development of a Corporate Risk Profile and the completion of the first departmental Internal Environmental Scan. For further information, please visit the Health Canada Web site http://www.healthcanada.gc.ca/riskmanagement

Workplace Health and Human Resources Modernization

A number of initiatives to improve management practices were undertaken in 2004–2005 in support of the People element of the MAF under the Workplace Health and Human Resources Modernization Initiative as mentioned in Section II of this Report. An example of this is the inclusion of people management objectives for all supervisors and managers in the Department. A number of other strategies to improve management practices were also implemented during this period including management capacity building and increased monitoring and reporting.

Financial Improvements

During the last year, Health Canada has taken several concrete measures to support the Stewardship element of the MAF. A great deal of effort has been made by departmental officials to demonstrate that Health Canada is continuing its efforts to develop a culture where managers focus more on financial management.

The Department has implemented several measures to strengthen financial analysis and management including: the renewal of the Management Variance Report process, the implementation of Financial Management Performance Measures for Executives, improved integration of activities of human resources and financial advisors, Expenditure Review Committee Exercise, Program Activity Architecture and Horizontal Reviews Analysis, extensive financial management review and user requirements for Therapeutics Access Strategy, creation of the Financial Management and Advisory Services division, the use of the OAG's Financial Management Capability Model as a vision for financial management at Health Canada, and the adoption of new Delegation of Financial Signing Authorities Instrument.

A Health Approach to Sustainable Development

Health Canada's third Sustainable Development Strategy 2004–2007 outlines the Department's commitments to incorporate sustainable development principles and practices into day-to-day activities over the next three years. Through this Strategy, Health Canada has committed to provide its employees with information and practical tools that will assist them to take action on sustainable development resulting in the integration of sustainable development into departmental decision-making and management processes, and reduction in the environmental and health impacts of departmental physical operations and activities.

The following areas have been identified for action during the Strategy's three year period.

- Helping to create healthy social and physical environments.
- Integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes.
- Minimizing the environmental health effects of the Department's physical operations and activities.

Within these three thematic areas or goals, organizational commitments were classified further using objectives and targets and, as of March 31, 2005, considerable progress has been made towards completion of the 20 target commitments. Additional information can be found in Table 14 of this document. For a complete report on Health Canada's third Sustainable Development Strategy, please consult the Office of Sustainable Development at http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_e.html

As we pursue our work of helping the people of Canada maintain and improve their health, it is important to note that Health Canada's commitment to sustainable development extends into all policy and program initiatives, well beyond the three-year lifetime of each strategy.

First Nations Health—Follow-Up in Response to the Public Accounts Committee 2001

The Public Accounts Committee (PAC), as a follow-up to the 2000 Auditor General's Report, tabled recommendations in December 2001 requiring Health Canada to implement and report on improvements to its accountability and management activities. This document highlights some of the progress made by the Department since the release of the PAC/OAG reports.

Recommendations and follow-up actions

Reporting to Parliament on progress

The major recommendation under this theme is that Health Canada inform Parliament of the progress made in implementing the recommendations contained in chapter 13 of the 1997 Report and chapter 15 of the 2000 Report of the Auditor General of Canada and in the Committee's 5th Report (36th Parliament, 1st Session). This information must make specific reference to progress in implementing each recommendation and be provided annually in Health Canada's Performance Reports, beginning with the report for the period ending March 31, 2002.

Key Actions Taken

To respond to this and recommendations 5, 9, 11, 16, 19, 23 and 24, Health Canada reported with an electronic link to the 2002–2003 Departmental Performance Report and will continue with subsequent reports until 2005.

Community Health Programs (CHP) accountability

Key Actions Taken

A review of reporting requirements for funding agreements was initiated to rationalize and streamline the reporting demands on First Nations and Inuit communities. With the participation of First Nations, Health Canada has initiated a process to streamline reporting with a focus on outcome related information. Health Canada has completed the two phase process to streamline reporting, with First Nations participation. Phase I was completed in December 2003 and resulted in nearly a 20 percent overall reduction in reporting. Phase II was initiated in April 2004 with reporting schedules grouped together to further streamline and reduce duplication, and the result was a further reduction in data elements. The results were incorporated into the reporting schedules

for new 2005–2006 agreements. Supporting templates and other documentation will be developed in 2005–2006.

Supporting capacity development

Key Actions Taken

Health Canada developed pilot health plan demonstration sites that will improve capacity to manage health programs and services; improve capacity to identify community health needs and resources; improve management coordination, integrated health programs and services; improve financial and human resources allocation processes; and improve/enhance programs and services, management information and reporting. Seven demonstration projects are under way which is a step towards increasing First Nations and Inuit communities' capacity to meet the health needs of members, to increase accountability, and to achieve integration of services where viable.

Measuring performances, outcomes achievement, and managing information

Key Actions Taken

Health Canada worked with the National Aboriginal Health Organization (NAHO) to support the First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS). The survey provides health information about the on-reserve First Nations population. Data collection is complete, with over 80 percent of the targeted 28,405 respondents participating. The official release of RHS findings is expected in fall 2005. An independent review is currently under way to evaluate the RHS, including all phases of the project: initial consultation, questionnaire development, sampling, data collection, analysis and dissemination.

To support evidence-based decision-making, Health Canada completed the first phase of the Home and Community Care evaluation, Health Services Transfer Policy evaluation, Brighter Futures and Building Healthy Communities evaluations and a review of the Youth Solvent Abuse Program.

Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program control and prevention measures

Key Actions Taken

Health Canada enhanced the quality of the management of services provided to First Nations and Inuit. We continued to conduct regular analysis of pharmacists' overrides of warnings, conducted audits on providers and continued to generate quarterly reports on the number of Drug Utilization Review (DUR) claims submitted, accepted and rejected. Health Canada reviews information and instructs the claims administrator to contact providers who are consistently overriding DUR rejected claims.

Health Canada adopted a new approach to consent in February 2004 that restricts the consent requirement to clients who may be at risk or who are engaged in inappropriate claims. In a few instances, where client safety or inappropriate use of the system may be a concern, Health Canada will seek the express consent of clients to share their personal information with health care providers.

The Department is committed to implementing greater measures to improve the management of First Nations and Inuit programs and services. More detailed information on follow-up actions can be found in the electronic Annex B of the DPR: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/index_e.html

Section V

Other Information

Departmental Contacts

Atlantic Region	Ontario and Nunavut Region
Maritime Centre, Suite 1918 1505 Barrington Street Halifax, Nova Scotia B3J 3Y6 Telephone: (902) 426-9564 Facsimile: (902) 426-6659	4th Floor, 25 St. Clair Avenue East Toronto, Ontario M4T 1M2 Telephone: (416) 954-3593 Facsimile: (416) 954-3599
Manitoba and Saskatchewan Region	**British Columbia and Yukon Region**
391 York Avenue, Suite 300 Winnipeg, Manitoba R3C 4W1 Telephone: (204) 983-4764 Facsimile: (204) 983-5325	757 West Hastings Street, Room 235 Vancouver, British Columbia V6C 1A1 Telephone: (604) 666-2083 Facsimile: (604) 666-2258
Quebec Region	**National Capital Region**
Complexe Guy Favreau East Tower, Suite 202 200 René Lévesque Blvd. West Montreal, Quebec H2Z 1X4 Telephone: (514) 283-5186 Facsimile: (514) 283-1364	Health Canada 0900C2 Podium Level Brooke Claxton Building Ottawa, Ontario K1A 0K9 Telephone: (613) 957-2991 Facsimile: (613) 941-5366
Alberta and Northwest Territories Region	**For Publications, write to:**
Canada Place, Suite 730 9700 Jasper Avenue Edmonton, Alberta T5J 4C3 Telephone: (780) 495-5172 Facsimile: (780) 495-5551	Health Canada 0900C2, Brooke Claxton Building Ottawa, Ontario K1A 0K9 or Telephone: (613) 954-5995 Facsimile: (613) 941-5366

Index

A

Aboriginal/First Nations and Inuit
- Aboriginal Head Start 37, 38, 43, 142, 150
- Early Childhood Development (ECD) 16, 36, 37, 43, 45, 46, 102, 160
- Fetal Alcohol Spectrum Disorder 37, 38
- Indian Residential Schools 33, 34, 44, 110
- National Native Alcohol and Drug Addiction 42, 140
- Non-Insured Health Benefits (NIHB) 35, 36, 42, 141, 170
- Youth Solvent Abuse 42, 140, 170

Acts
- Access to Information Act 120
- An Act respecting assisted human reproduction and related research 31
- Canada Health Act 5, 6, 15, 23, 24, 28
- Canadian Environmental Protection Act (CEPA) 73, 75, 125, 161
- Controlled Drugs and Substances Act 5, 69, 70, 79, 80, 130
- Department of Health Act 5
- Employment Equity Act 149
- Financial Administration Act 116, 117, 118, 119
- Fisheries Act 76
- Food and Drugs Act 5, 30, 61, 62, 70, 85, 125, 126
- Hazardous Products Act 5, 70
- Official Languages Act 104, 105
- Patent Act 126
- Pest Control Products Act (PCPA) 5, 11, 19, 84, 85, 87, 88, 118, 130, 131
- Public Service Modernization Act 99
- Radiation Emitting Devices Act 70
- Tobacco Act 70, 79
- User Fees Act 64, 116, 122

addiction(s) 6, 16, 35, 42, 44, 46, 70, 80, 81, 139

adverse (drug) reactions/effects/outcomes 17, 57, 59, 60

air quality 70, 72, 73, 74, 152
- National Air Quality Index 3, 18, 70, 72

alcohol/alcoholic 3, 8, 18, 34, 37, 38, 42, 67, 69, 70, 71, 79, 80, 81, 124, 139, 140, 150, 160

Assisted Human Reproduction Agency of Canada 22, 31

B

biological/biologics 6, 15, 29, 32, 49, 50, 51, 53, 65, 75, 76, 117
biotechnology 18, 24, 29, 47, 52, 53, 56, 63, 64, 67, 68, 72, 75, 104, 165
blood 39, 50, 52, 58, 62, 63, 64, 93, 95, 112, 134, 136
Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) 17, 47, 57, 58

C

Canada Health Infoway Inc. 91, 110, 112, 148
Canada Health Portal 93
Canada Health Transfer 6
Canadian Health Network 156, 157, 158
Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) 110, 133, 145, 146, 147
Canadian Institute for Health Information (CIHI) 138, 144, 145, 161
Canadian Institutes of Health Research (CIHR) 56, 103, 146, 164
caregivers 16, 26, 37, 38, 39
cells, tissues and organs 30, 63
celular telephones 76
child/childhood/children/youth 3, 11, 16, 17, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 45, 46, 54, 57, 58, 60, 61, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 79, 80, 81, 93, 101, 102, 127, 128, 134, 139, 142, 160
climate change 18, 70, 72, 74, 152, 161
clinical trials 50, 52, 53, 54
contaminated sites 33, 72, 74, 161
cosmetic(s) 3, 11, 18, 67, 68, 70, 72, 73, 75, 77, 127

D

dental care/services 6, 35, 36, 72, 76, 141
diagnostic(s) equipment/imaging/products 13, 25, 27, 58, 148
disease(s)/illness 2, 3, 11, 12, 14, 16, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 44, 50, 53, 55, 58, 59, 64, 70, 74, 122, 127, 141, 148, 151, 152, 160
cancer 13, 25, 73
chronic 3, 12, 35, 36, 50, 55
communicable/infectious 12, 30, 32, 35, 36, 37, 44, 148
diabetes 12, 16, 36, 38, 39, 44, 46, 50, 56, 110
food-borne 56, 59, 152
heart/cardiac 13, 25, 55
hepatitis C 134
HIV/AIDS 24, 31, 32, 39, 126, 134, 140, 150
influenza 24, 32
malaria 31, 126
rheumatic 53
tuberculosis 31, 36, 40, 126

drugs/pharmaceuticals 2, 3, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 25, 26, 27, 30, 31, 34, 35, 36, 42, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 79, 80, 81, 85, 102, 112, 113, 116, 118, 120, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 135, 138, 139, 140, 141, 148, 149, 150, 156, 157, 158, 160, 161, 170
COX-2 inhibitors 2

E

electronic health records (EHR) 91, 92, 148
emergency(ies) 12, 25, 31, 54, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 100, 118, 149, 157
ethical/ethics 14, 15, 23, 29, 31, 97, 98, 103, 154

F

First Ministers' Accord on Heath Care Renewal—February 2003 13, 22, 26, 92, 135, 136, 161
food(s) 2, 6, 11, 12, 14, 17, 30, 31, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 63, 64, 65, 68, 70, 73, 77, 78, 85, 86, 103, 109, 113, 114, 116, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 131, 151, 152, 160, 164

G

genetic(s) 15, 23, 24, 29, 31, 49, 50, 51, 52, 53

H

home/community care 11, 13, 15, 16, 22, 25, 26, 35, 39, 40, 42, 44, 56, 72, 73, 79, 92, 140, 144, 154, 170
hospital(s) 25, 26, 28, 41, 42, 60, 113, 142, 153

I

immunization/vaccine(s) 11, 36, 37, 38, 40, 41, 44, 47, 50, 58, 71, 73, 78
injury(ies) 3, 36, 39, 70, 127, 128

L

laboratories/labs 7, 12, 29, 40, 53, 72, 75, 79, 80, 148, 153
Lead 76, 80, 160
lead 3, 13, 18, 29, 51, 54, 59, 70, 73, 75, 76, 87, 92, 100, 102, 146, 152, 160, 161

M

marihuana/cannabis 70, 79, 80, 81, 129
mental health 26, 35, 36, 44, 99, 141

N

natural health products 6, 47, 49, 50, 54, 56, 153
nuclear 32, 70, 72, 73, 75, 76
nurses/nursing 2, 11, 35, 36, 38, 41, 98, 130, 142, 145, 146, 147
nutrition(al) 2, 3, 12, 17, 38, 39, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 58, 59, 64, 65, 93, 99, 101, 124, 140
  Canada Prenatal Nutrition Program 38, 140

P

palliative/end-of-life care 13, 26, 27
patient safety 15, 29, 136, 137, 138, 148, 149, 161
  Canadian Patient Safety Institute 136, 138, 161
pest control products/pesticides/pest management 3, 6, 11, 14, 19, 30, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 113, 114, 130, 131, 153, 156, 157, 158, 160
  Pest Management Regulatory Agency (PMRA) 88, 118, 119, 120, 156, 157
pharmacists/pharmacy(ies), pharmacology 56, 80, 104, 129, 149, 156, 157, 158, 165, 170
physicians/doctors 2, 28, 41, 56, 62, 129, 135, 136, 139
primary (health) care 2, 13, 25, 26, 35, 37, 43, 91, 92, 143
  Primary Health Care Transition Fund 13, 16, 22, 26, 43, 89, 137, 143
privacy 19, 29, 60, 90, 91, 92, 94, 138
Public Health Agency of Canada 3, 7, 10, 12, 14, 32, 37, 43, 47, 59, 66, 83, 89, 93, 95, 101, 102, 103, 108, 110, 111, 115, 133, 134, 156, 157, 158, 164, 165

R

radiation 18, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 113, 127
regulations 3, 11, 12, 18, 19, 24, 30, 31, 32, 45, 48, 50, 52, 53, 54, 55, 60, 62, 63, 64, 67, 69, 71, 73, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 93, 102, 109, 112, 113, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 150, 153, 155, 160
  Children's Jewellery Regulations 73, 76
  Cigarette Ignition Propensity Regulations 18, 71, 79, 82
  Cosmetic Regulations 127
  Environmental Assessment Regulations 62, 125
  Food and Drug Regulations 30, 31, 54, 124, 125, 126, 127, 131
  Marihuana Medical Access Regulations 79, 80, 81, 129
  Medical Devices Regulations 126
  Natural Health Products Regulations 54
  New Substances Notification Regulations 76
  Nutrition Labelling Regulations 12, 55
  Patented Medicines Regulations 31
  Pest Control Product Regulations 130
  Pesticide Adverse Effects Reporting Regulations 85, 130
  Pesticide Safety Information Regulations 131
  Pesticide Sales Information Reporting Regulations 131

Precursor Control Regulations 80
Radiation Emitting Devices Regulations 127
Regulations Amending the Tobacco Reporting Regulations 82
remote/rural/isolated communities/areas 2, 5, 6, 11, 13, 15, 25, 26, 29, 30, 32, 36, 37, 39, 41, 47, 52, 53, 60, 64, 65, 71, 79, 81, 87, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 99, 102, 103, 120, 134, 142, 144, 151, 152, 154, 164, 166, 168

S

Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) 3, 12, 30, 32, 64, 77, 110, 133
substance abuse/misuse 6, 39, 71, 80, 81, 149, 160

T

10-Year Plan to Strengthen Health Care 2, 10, 13, 15, 24, 28, 92
telehealth 16, 43, 90, 91, 94, 148
Therapeutics Access Strategy (TAS) 26, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 65, 110, 161
tobacco/smoking 3, 5, 6, 8, 11, 18, 24, 32, 39, 67, 69, 70, 71, 72, 79, 82, 99, 128, 139, 150, 160
toxic substances/toxin 6, 59, 70, 73, 75
trans fats 12, 30, 55
transfusion(s) 63, 136
transplantation 30, 63, 64, 150

V

veterinary drugs 47, 49, 51, 52, 54, 57, 59, 113, 118, 120, 126
vision care/services 6, 35, 36, 141

W

wait(ing) times 2, 13, 15, 25, 92, 135, 136, 156, 158
water 11, 40, 62, 68, 70, 72, 73, 74, 77, 86, 103, 123, 125, 152, 161, 164
West Nile virus (WNv) 64, 83, 110
women/females 11, 16, 24, 36, 37, 38, 39, 60, 80, 81, 82, 140, 160
workplace/working environment/work force/workers/employees 3, 6, 7, 13, 14, 18, 27, 38, 42, 43, 44, 45, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 85, 95, 97, 98, 99, 100, 105, 110, 112, 120, 121, 131, 137, 151, 154, 167, 168

BUDGET DES DÉPENSES

Santé Canada

Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2005

Canada

Les documents budgétaires

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement.

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commençant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le *Rapport sur le rendement* met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités*.

Le Budget des dépenses, de même que le budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par
le Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2005

No de catalogue BT31-4/42-2005
ISBN 0-660-62898-8

Ce document est disponible sur le site Web du SCT à www.tbs-sct.gc.ca
Ce document est disponible en médias substituts sur demande.

Nota : Pour ne pas alourdir le texte français, le masculin est utilisé pour désigner tant les hommes que les femmes.

En vente au Canada chez votre libraire local ou par la poste
auprès des Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC
Ottawa, Canada K1A 0S9

Téléphone : (613) 941-5995
Télécopieur : (613) 954-5779 ou 1-800-565-7757 (Canada et É.-U.)
Commandes seulement : 1-800-635-7943 (Canada et É.-U.)
Internet : http://publications.gc.ca

Avant-propos

Le gouvernement du Canada améliore sans cesse ses pratiques de gestion, ce qui constitue pour lui une priorité depuis le dépôt au Parlement, au printemps 2000, du document intitulé *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*. Dans sa poursuite de l'excellence en gestion, le gouvernement envisage d'offrir aux Canadiens : un gouvernement à l'écoute, qui sert bien ses citoyens et qui est administré comme une seule et même entité cohérente; un gouvernement innovateur, qui est appuyé par une fonction publique hautement qualifiée, en mesure de bien tirer parti de toute l'information à sa disposition et de faire un usage optimal des fonds publics, tout en tenant compte des risques éventuels; et un gouvernement redevable, qui rend compte clairement et ouvertement de son rendement au Parlement et aux Canadiens et aux Canadiennes.

Les rapports ministériels sur le rendement jouent un rôle de premier plan dans le cycle de planification, de suivi, d'évaluation ainsi que de communication des résultats au Parlement et aux citoyens. Ils sont au cœur même de l'application du concept du gouvernement redevable.

Les ministères et les organismes sont invités à rédiger leurs rapports en appliquant les principes pour l'établissement de rapports publics efficaces (voir le *Guide pour la préparation des rapports ministériels sur le rendement 2004-2005* : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/guidelines/guide_f.asp). Selon ces derniers, un rapport ne peut être efficace que s'il présente un tableau du rendement qui soit non seulement cohérent et équilibré mais bref et pertinent. Un tel rapport doit insister sur les résultats - soit les avantages dévolus aux Canadiens et aux Canadiennes et à la société canadienne - et il doit refléter ce que l'organisation a pu contribuer à ces résultats. Il doit mettre le rendement du ministère en contexte, faire le lien entre le rendement et les engagements antérieurs, expliquer les changements ainsi que décrire les risques et les défis auxquels le ministère a été exposé en répondant aux attentes sur le rendement. Le rapport doit aussi souligner les réalisations obtenues en partenariat avec d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales. Et comme il est nécessaire de dépenser judicieusement, il doit exposer les liens qui existent entre les ressources et les résultats. Enfin, un tel rapport ne peut être crédible que si le rendement décrit est corroboré par la méthodologie utilisée et par des données pertinentes.

Le présent rapport ministériel sur le rendement (ainsi que ceux de nombreux autres ministères et organismes) peut être consulté sur le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'adresse suivante : http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp . Les lecteurs qui désireraient un aperçu global des efforts déployés par le gouvernement du Canada afin d'améliorer la qualité de vie peuvent lire *Le rendement du Canada 2005*, qu'on peut également consulter à l'adresse Internet précitée. Ce rapport est structuré autour de trois grands thèmes (économie durable, fondements sociaux du Canada et la place du Canada dans le monde) et sa version électronique renferme des liens avec les rapports ministériels sur le rendement pertinents. *Le rendement du Canada 2005* renferme également un aperçu spécial des efforts déployés par le gouvernement afin d'améliorer le bien-être des Autochtones.

Le gouvernement du Canada s'est engagé à améliorer sans cesse les rapports qu'il présente au Parlement et aux Canadiens et aux Canadiennes. Par leurs observations et leurs suggestions, les lecteurs peuvent contribuer grandement à améliorer, au fil du temps, la qualité des rapports ministériels sur le rendement et autres rapports.

Les observations ou les questions peuvent être adressées à :

Direction de la gestion axée sur les résultats
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
L'Esplanade Laurier
Ottawa (Ontario) K1A 0R5
OU à : rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Santé Canada

Rapport ministériel sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2005

L'honorable Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Table des matières

SECTION I : SURVOL

Message du ministre 2
Déclaration de la direction 5
Renseignements sommaires 6
À propos de Santé Canada 6
Notre vision 6
Énoncé de mission 6
Objectifs 6
La réalisation des résultats dans un milieu complexe 7
Contribution au rendement du Canada 9
Amélioration de la mesure du rendement 9
Fiabilité des données sur le rendement 10
Rendement global du Ministère 11
Priorités ministérielles clés et rendement 11
Résumé du rendement ministériel pour chaque résultat stratégique, priorité et engagement 16

SECTION II : ANALYSE DU RENDEMENT PAR RÉSULTAT STRATÉGIQUE

Accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens 26
Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé 40
Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens 58
Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens 81
Des produits et des programmes antiparasitaires durables pour les Canadiens 101
Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé 109
Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada 116

SECTION III : RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Organigramme 130
Tableau de concordance entre le Budget principal des dépenses de 2005–2006 de la structure par secteurs d'activités et par activités de programme 131
Tab'eau financier 1 : Comparaison des dépenses prévues aux dépenses réelles (équivalents temps plein compris) 132
Tableau financier 2 : Utilisation des ressources par secteur d'activités 134
Tableau financier 3 : Postes votés et législatifs 135
Tableau financier 4 : Coût net pour le Ministère 135
Tableau financier 5 : Passif éventuel 135
Tableau financier 6 : Sources des revenus disponibles et des revenus non disponibles 136
Tableau financier 7 : Besoins en ressources par direction générale 137
Tableau financier 8A : Loi sur les frais d'utilisation 139
Tableau financier 8B : Politique concernant les normes de service pour les frais externes 146
Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires 149
Tableau financier 10 : Renseignements sur les dépenses de projet 159
Tableau financier 11A : Sommaire des paiements de transfert par secteur d'activités 160
Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiements de transfert (PPT) 161
Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations) 173
Tableau financier 13 : Réponse aux comités parlementaires, aux vérifications et aux évaluations 180
Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable 182
Tableau financier 15 : Achats et marchés 186
Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services 188
Tableau financier 17 : Initiatives horizontales 192
Tableau financier 18 : Politiques sur les voyages 195

SECTION IV : AUTRES SUJETS D'INTÉRÊT

Faire progresser la science 198
Amélioration des pratiques de gestion à Santé Canada 200
Une approche axée sur la santé pour le développement durable 202
Santé des Premières nations — Suivi en réponse au rapport du Comité permanent des comptes publics de 2001 203

SECTION V : AUTRE INFORMATION

Coordonnées des bureaux régionaux du Ministère 208
Index 209

Section I

Survol

Message du ministre

On nous rappelle chaque jour que les questions de santé constituent une priorité absolue pour les Canadiens. Pour nous acquitter des nombreuses responsabilités et relever les nombreux défis associés à cette priorité, il est essentiel que le Ministère et le gouvernement investissent continuellement dans des politiques et des programmes en matière de santé qui améliorent la vie de tous les Canadiens.

Au cœur même de ces responsabilités se trouve le rôle que nous jouons dans la promotion et la protection de l'état de santé des Canadiens. Le présent rapport ministériel sur le rendement fait ressortir que nous avons été attentifs aux préoccupations, que nous y avons donné suite et que nous avons coopéré avec de nombreux partenaires afin d'obtenir des résultats dans des secteurs bien précis.

Je suis fier de nos nombreuses réalisations en 2004–2005. Parmi les plus importantes, il convient de mentionner le Plan décennal pour consolider les soins de santé dont les premiers ministres ont convenu en septembre 2004. Le Plan, appuyé par un financement fédéral de 41 milliards de dollars consenti aux provinces et aux territoires, produit déjà les résultats auxquels les Canadiens s'attendent, notamment des progrès quant aux initiatives visant à réduire les temps d'attente et à accroître le nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers, et d'autres professionnels de la santé, ainsi que des améliorations dans d'autres secteurs clés comme les soins de santé primaires et la gestion des produits pharmaceutiques.

En septembre 2004, les premiers ministres ont également conclu un accord avec les dirigeants autochtones afin d'élaborer un Plan directeur pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones. Cette approche concertée et cet investissement fédéral de 700 millions de dollars sur cinq ans témoignent de l'engagement à collaborer avec l'ensemble des gouvernements et les communautés autochtones afin d'améliorer les chances d'épanouissement et de combler l'écart existant entre l'état de santé des Autochtones et celui des autres Canadiens. En travaillant avec ces communautés, Santé Canada a continué de cibler les besoins en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies des Premières nations et des Inuits par l'entremise d'une vaste gamme de services et de programmes communautaires. Le Ministère a également amélioré les établissements de santé dans un certain nombre de communautés des Premières nations et a financé la création de postes d'infirmières et d'infirmiers afin de mieux répondre aux besoins en santé. De telles initiatives continuent de constituer des éléments clés de l'objectif global de l'amélioration de l'accès des Premières nations et des Inuits aux services de santé.

En 2004–2005, l'efficacité, l'efficience et la souplesse de la réglementation ont considérablement progressé grâce à l'amélioration des temps d'examen des présentations de drogues et la facilitation de l'accès aux nouveaux médicaments. Nous avons donné suite aux préoccupations des Canadiens et avons renforcé la confiance du public et les rapports avec les intervenants en invitant le public à faire part de ses observations sur certains médicaments, comme les inhibiteurs de la COX-2, et en nous engageant à établir un conseil permanent sur l'innocuité pour nous conseiller de façon continue.

Pour ce qui est de la nutrition, la révision du Guide alimentaire canadien pour manger sainement permettra d'assurer que le Ministère continue de fournir de l'information sur un modèle d'alimentation qui favorise la santé et minimise le risque de maladies chroniques associées à la nutrition. La page Web de Santé Canada consacrée au Guide est celle qui a été le plus souvent consultée, un signe clair que nos efforts visant à encourager les Canadiens à prendre en charge leur santé sont fructueux.

En 2004–2005, à la suite de la crise du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), Santé Canada a surveillé la transformation de notre Direction générale de la santé de la population et de la santé publique en la nouvelle Agence de santé publique du Canada. Cette transformation assure une direction forte grâce à l'appui d'une autorité législative pour la protection et la promotion de la santé publique et la prévention des blessures.

Nous avons également poursuivi nos travaux positifs sur la réduction du tabagisme en élaborant et en mettant en œuvre une approche nationale concertée en matière de renoncement au tabagisme, et le Canada a été l'un des premiers pays à ratifier la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le premier traité international sur la santé adopté par l'Assemblée mondiale de la santé.

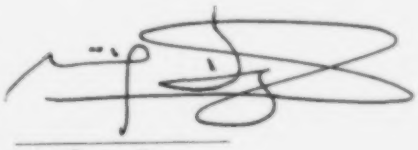
Santé Canada a aussi réalisé des progrès importants dans le cadre de nos travaux continus d'amélioration de la santé environnementale. Le Ministère a établi un indice national de la qualité de l'air qui est maintenant prêt à faire l'objet d'un projet pilote, s'est employé à réduire les risques pour la santé des enfants que constitue le plomb présent dans les bijoux pour enfants, et a renforcé les dispositions sur l'étiquetage des ingrédients des cosmétiques. De plus, grâce aux efforts que nous avons déployés en 2004–2005, les Canadiens ont maintenant un meilleur accès à des produits antiparasitaires plus sûrs qui sont réglementés par un processus plus efficace et plus transparent.

Le Ministère reconnaît que tous les secteurs de la société canadienne sont exposés aux méfaits qui peuvent résulter de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et substances. Par conséquent, nous nous sommes engagés à diriger l'élaboration d'un cadre d'action national visant à réduire les méfaits associés à l'alcool, aux drogues et aux substances. Tous les secteurs, y compris les gouvernements et les organismes provinciaux, territoriaux et municipaux, les organisations non gouvernementales et de nombreux autres conjuguent leurs efforts pour élaborer et mettre en œuvre ce cadre.

L'une des plus importantes missions pour le Ministère, de même que pour le gouvernement du Canada, a été le renforcement continu de notre responsabilisation, de notre ouverture et de notre transparence face aux Canadiens. Les Canadiens doivent avoir l'assurance que leurs gouvernements ne se contentent pas simplement d'investir dans la santé, mais qu'ils réalisent des investissements efficaces. Des indicateurs de la santé des Canadiens ont été établis en tant qu'outils de mesure pour surveiller, évaluer et améliorer les services de santé. Dans l'ensemble, nous continuons d'assurer une bonne et saine gestion des sommes investies.

Au cours de 2004–2005, Santé Canada et le gouvernement du Canada ont continué de s'employer à maintenir et à améliorer l'état de santé des Canadiens — à atteindre des résultats qui font une différence dans leur vie. Les activités scientifiques entreprises par Santé Canada, de même que par nos partenaires dans l'ensemble du système national de recherche en santé, ont grandement contribué aux réalisations décrites dans le présent rapport et à l'amélioration de la santé des Canadiens. Nous sommes fiers d'avoir respecté l'engagement à renouveler et à revitaliser le système de soins de santé. Qui plus est, nos réalisations au cours de l'année écoulée indiquent que nous prenons les mesures qui s'imposent pour assurer que les Canadiens demeureront parmi les gens les plus en santé au monde.

S'il est vrai que le présent rapport est axé sur le rendement de Santé Canada, nous reconnaissons que « la santé, c'est l'affaire de tout le monde ». À ce titre, nos réalisations sont aussi le fruit de la collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les communautés des Premières nations et des Inuits, et nos nombreux intervenants à savoir les organisations non gouvernementales, les fournisseurs de soins de santé, l'industrie médicale, et d'autres secteurs et organisations, ainsi que des efforts et de la passion des employés mêmes de Santé Canada.



Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Déclaration de la direction

Je soumets, en vue de son dépôt au Parlement, le Rapport ministériel sur le rendement (RMR) de 2004–2005 de Santé Canada.

Le document a été préparé conformément aux principes contenus dans le Guide de préparation des rapports ministériels sur le rendement de 2004–2005 du Secrétariat du Conseil du Trésor. Il respecte des principes de présentation bien précis :

- il utilise une structure de secteurs d'activités approuvée;
- il présente des renseignements cohérents, complets, équilibrés et exacts;
- il fournit une base de reddition de comptes quant aux résultats recherchés ou obtenus avec les ressources et les autorisations qui lui sont accordées;
- il fait état de la situation financière d'après les chiffres approuvés figurant dans le Budget des dépenses et les Comptes publics du Canada.

Morris Rosenberg

Sous-ministre

Renseignements sommaires

À propos de Santé Canada

Le système de santé canadien compte parmi les institutions qui nous tiennent le plus à cœur, et il se veut l'incarnation de notre caractère national et de nos valeurs en tant que peuple. À ce titre, il n'y a pas de défi plus important ni de responsabilité plus importante pour le gouvernement, de même que pour l'ensemble du pays, que de répondre aux besoins en santé et aux attentes de son peuple.

Le fait que la santé soit une priorité primordiale est reconnu par le Parlement et par le gouvernement du Canada. C'est donc dire que Santé Canada a le mandat de prendre en main le programme de santé au pays.

La *Loi sur le ministère de la Santé* établit officiellement le mandat de Santé Canada. Le ministre de la Santé est également responsable de l'application directe de 18 autres lois, dont la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires*, la *Loi réglementant les produits du tabac*, la *Loi sur les produits dangereux* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. En plus de ces responsabilités législatives, Santé Canada exécute un important travail dans les domaines des sciences et de la recherche, de l'élaboration de politiques, de l'exécution de programmes et de la prestation de services, qui profite aux Canadiens.

Notre vision

À titre de ministère fédéral responsable d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé, Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont les plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Énoncé de mission

Aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Objectifs

En travaillant de concert avec d'autres intervenants de manière à susciter la confiance des Canadiens, Santé Canada vise les objectifs suivants :

- prévenir et réduire les risques pour la santé humaine et l'environnement, dans leur ensemble;
- promouvoir des habitudes de vie plus saines;

- assurer des services de santé de haute qualité qui sont efficients et accessibles;
- intégrer le renouvellement du système de soins de santé à des plans de prévention, de promotion et de protection de la santé à plus long terme;
- réduire les inégalités sur le plan de la santé dans la société canadienne;
- fournir de l'information sur la santé afin d'aider les Canadiens à faire des choix éclairés.

La réalisation des résultats dans un milieu complexe

Comme le décrivait en détail notre Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005, Santé Canada évolue dans un environnement complexe[1]. Il acquiert des connaissances au moyen des recherches, des analyses et des évaluations qu'il effectue, qu'il appuie et auxquelles il participe. Il tire également parti des connaissances acquises partout dans le monde, lui permettant et permettant à d'autres de faire des choix éclairés et efficaces. Voici les cinq rôles fondamentaux que nous jouons pour obtenir les résultats visés tout en tirant parti de nos forces comme organisme à vocation scientifique :

Chef de file et partenaire—grâce à l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, qui traduit les valeurs et les principes clés de l'assurance-maladie. Par son rôle de champion, Santé Canada assure un leadership, par exemple, pour d'autres ministères fédéraux dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique en matière d'analyse comparative entre les sexes, et ce, afin de respecter l'engagement du gouvernement fédéral à réduire les inégalités sur le plan de la santé pour toutes les personnes vivant au Canada.

Bailleur de fonds—grâce au soutien stratégique au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Santé Canada transfère également des fonds aux organisations des Premières nations et des Inuits pour les aider à offrir des services de santé communautaire ainsi que des subventions et des contributions à diverses organisations qui appuient les objectifs du Ministère en matière de santé.

Gardien et organisme responsable de la réglementation—par son rôle d'intendant, qui consiste à protéger les Canadiens et à faciliter l'approvisionnement en produits essentiels pour la santé et le bien-être. Le Ministère réglemente et approuve l'utilisation de milliers de produits, y compris les produits antiparasitaires, les substances toxiques, les produits pharmaceutiques et biologiques, les matériels médicaux, les produits de santé naturels, les produits de consommation et les aliments. Nous offrons une gamme de programmes et de services dans les domaines de la santé et de la protection de l'environnement et assumons des responsabilités dans les secteurs de l'abus de substances, des politiques sur le tabac, de la santé en milieu de travail et de l'utilisation de produits de consommation en toute sécurité.

Fournisseur de services—grâce à une assurance-santé complémentaire bénéficiant à quelque 765 000 membres des Premières nations et Inuits admissibles, ce qui englobe les produits pharmaceutiques, les soins dentaires, les soins de la vue, le transport pour raison médicale, les fournitures et les appareils médicaux et les primes des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Nous offrons des services et des programmes de santé aux communautés des Premières nations et des Inuits, notamment dans les domaines de la prévention, de la promotion, des soins de santé primaires ainsi que des services pour lutter contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Fournisseur d'information—grâce à la recherche scientifique de haute qualité afin d'appuyer l'élaboration de politiques, de réglementer les produits de plus en plus complexes et de fournir les services, les renseignements et la gestion essentiels pour garantir aux Canadiens l'accès à des soins de santé abordables et de classe mondiale. Grâce à la recherche et à la surveillance, nous fournissons des renseignements que les Canadiens peuvent utiliser pour maintenir et améliorer leur état de santé.

Les Canadiens reconnaissent de plus en plus que leur santé et leur qualité de vie sont fonction de facteurs environnementaux, sociaux et économiques. Santé

[1] http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20042005/HLTH-SANT/HLTH-SANTr45_f.asp

Canada est déterminé à contribuer à la création d'environnements sociaux et physiques sains et à promouvoir une économie vigoureuse pour tous les Canadiens. Pour ce faire, il faut intégrer le développement durable dans les processus de prise de décisions et de gestion et dans les activités matérielles du Ministère.

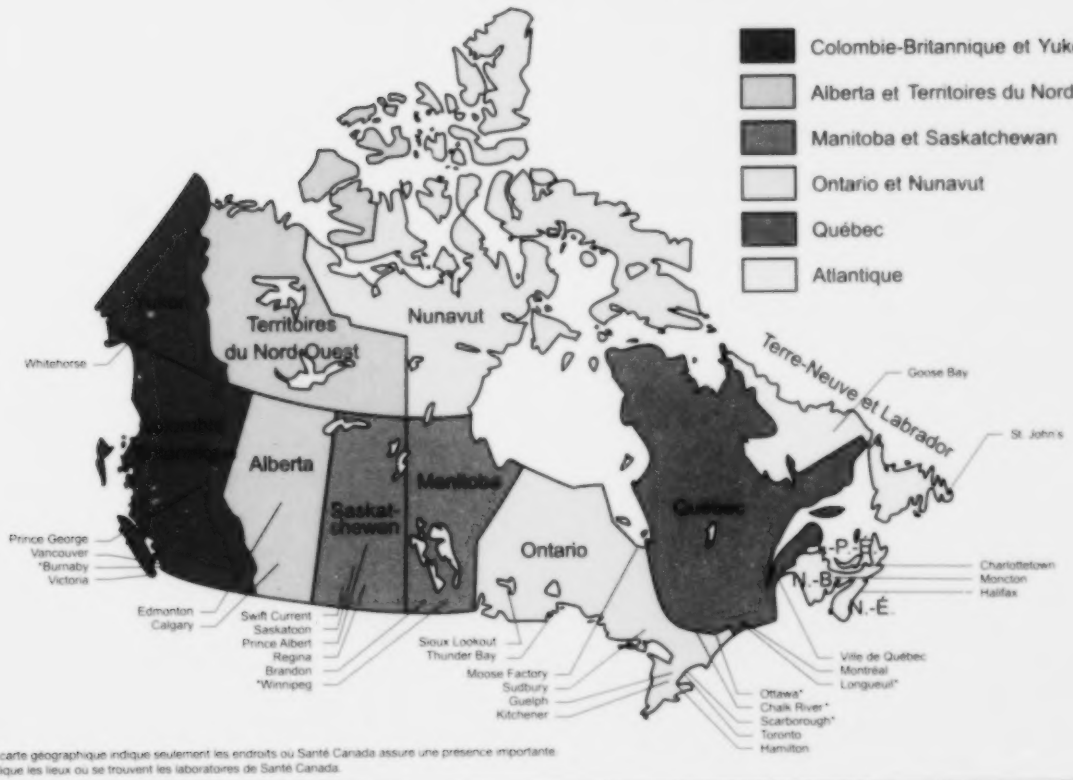
Santé Canada analyse les questions de santé avec lesquelles sont aux prises le Canada et des groupes bien précis de Canadiens au moyen d'une optique tenant compte des différences entre les sexes et de la diversité, et cerne les occasions les plus pertinentes pour obtenir des résultats ou pour aider d'autres partenaires à le faire. En choisissant les rôles d'intervention les plus pertinents, nous reconnaissons que l'état de santé des Canadiens repose sur de nombreux facteurs et déterminants. Nombre de ces facteurs et déterminants vont au-delà de la portée ou du mandat de Santé Canada ou de tout gouvernement; les autres représentent des secteurs où le Ministère peut faire une différence.

Pour obtenir les résultats visés, nous travaillons avec nos partenaires de tous les ordres de gouvernement, dans l'ensemble du système de soins, chez certains groupes comme les Premières nations et les Inuits, dans l'ensemble de la société canadienne et à l'échelle internationale afin de réaliser les engagements partagés et les résultats. Dans de nombreux cas, ces partenaires comprennent d'autres agences du portefeuille de la Santé du gouvernement du Canada, chacun devant produire son propre rapport sur le rendement :

- les Instituts de recherche en santé du Canada;
- le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses;
- le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés;
- la nouvelle Agence de santé publique du Canada, qui a été créée en septembre 2004.

Comme le montre la carte ci-dessous, le Ministère atteint les résultats visés grâce aux efforts et aux partenariats de toute une gamme de directions générales ministérielles, lesquelles ont toutes des mandats bien précis. Environ 35 pourcent des employés de Santé Canada travaillent à l'extérieur de la région de la capitale nationale. Ils assurent des services et des programmes de santé dans les communautés des Premières nations et des Inuits, entretiennent des liens avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, effectuent des enquêtes en laboratoire, travaillent avec les organisations de santé locales, font fonction de fournisseurs de services et d'information de première ligne auprès des Canadiens, et beaucoup plus encore. Cette forte présence régionale nous permet de maximiser la portée et l'efficacité des ressources et des programmes ministériels, et ce, en assortissant les orientations nationales aux conditions et aux possibilités locales.

Présence de Santé Canada au pays



Nota : La carte géographique indique seulement les endroits où Santé Canada assure une présence importante.
* Indique les lieux où se trouvent les laboratoires de Santé Canada.

Contribution au rendement du Canada

Le président du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) publie un rapport annuel destiné au Parlement, *Le rendement du Canada*. Dans le cadre de la mise en œuvre d'une approche plus stratégique en matière d'établissement de politiques, d'activités de programme et d'affectation des ressources dans l'ensemble du gouvernement du Canada, le rapport analyse la situation actuelle et les progrès accomplis en ce qui concerne les principaux résultats que le gouvernement vise et auxquels s'attendent les Canadiens. Ces renseignements sont tirés des liens établis avec les résultats stratégiques que chacun des ministères et chacune des agences ont cernés dans leurs RMR.

Le Ministère contribue de façon bien précise à la réalisation de trois résultats cernés dans *Le rendement du Canada* : Des canadiens en santé ayant accès à des soins de santé de qualité, Amélioration de la santé des Autochtones et des Inuits et Une société inclusive qui favorise la diversité.

Amélioration de la mesure du rendement

Santé Canada s'est engagé à créer et à utiliser un système de gestion du rendement qui permet d'orienter nos ressources de manière à maximiser les bienfaits pour la santé des Canadiens. Étant donné l'importance que les Canadiens accordent à des interventions gouvernementales efficaces et significatives à l'appui de la santé, notre système de mesure du rendement est un élément important des initiatives gouvernementales comme le document *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*[2].

À la suite de l'annonce de 2003 du SCT concernant de nouvelles initiatives gouvernementales visant à renforcer la fonction de contrôleur dans l'ensemble

[2] http://www.tbs-sct.gc.ca/report/res_can/siglist_f.asp

Présence de Santé Canada au pays

Contribution au rendement du Canada

Amélioration de la mesure du rendement

du gouvernement fédéral (http://www.tbs-sct.gc.ca/spsm-rgsp/spsm-rgsp3_f.asp), nous avons revu nos efforts de gestion du rendement. Parmi les nouvelles initiatives, il convient de mentionner une fonction de surveillance plus rigoureuse pour le SCT, y compris un nouveau Système d'information sur la gestion des dépenses (SIGD) à l'échelle du gouvernement qui aurait, comme élément central, une nouvelle Architecture des activités de programmes (AAP) pour chaque ministère et agence. Chaque AAP est censée appuyer le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG) du ministère ou de l'agence en associant les programmes aux résultats et aux données financières et non financières (http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/tools_outils/PAA-Deck_f.asp).

Au cours de 2004–2005, nous avons commencé à chercher des données ayant trait aux indicateurs de rendement pour chacun des résultats stratégiques du Ministère. Nous estimions que ces indicateurs du rendement constituaient la meilleure façon d'attirer l'attention sur les résultats importants et d'aider à les surveiller. Dans la mesure du possible, nous avons commencé à intégrer ces indicateurs dans le présent rapport. Au cours des prochaines années, nous comptons mettre au point les données afin d'améliorer leur utilisation dans le cadre de l'approche en matière d'apprentissage et d'amélioration continus de Santé Canada.

Cette nouvelle orientation a entraîné d'importantes modifications dans notre conception du cadre de gestion du rendement de Santé Canada. S'il est vrai que notre approche était, au départ, axée sur la gestion en fonction des résultats à l'échelle du Ministère, l'initiative de l'AAP comporte des éléments tant « ascendants » que « descendants ».

L'exercice de l'AAP se poursuit selon les exigences du SCT. Nous continuons d'établir des indicateurs pertinents pour définir et mesurer nos résultats pour les années à venir. Nous comptons faire état de l'approche axée sur l'AAP à compter de 2005–2006.

Fiabilité des données sur le rendement

De nombreuses sources de données ont été utilisées pour la préparation du présent rapport. Les tableaux de la Section II ont été dressés à partir de bases de données et d'enquêtes sur la santé de la population de Statistique Canada et de sources de données internes.

Statistique Canada — Enquêtes sur la santé de la population

Santé Canada a souvent recours à des enquêtes sur la santé de la population pour mesurer l'état de santé des Canadiens. Le Ministère finance de nombreuses enquêtes sur la santé de la population menées par Statistique Canada ou s'inscrit pour recevoir les résultats. Parmi les enquêtes qui ont été consultées relativement aux indicateurs contenus dans le présent rapport, il convient de mentionner l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada.

Les enquêtes sur la santé de la population sont utilisées pour évaluer certains indicateurs clés du rendement. Toutes les données provenant d'une enquête sur la santé de la population menée par Statistique Canada et utilisées dans le présent rapport affichent une variabilité conforme aux lignes directrices de Statistique Canada concernant la déclaration des données.

Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada

Les données sur les Premières nations et les Inuits sont tirées du rapport susmentionné, publié par Santé Canada en 2003. Le rapport brosse un tableau des conditions de vie et de l'état de santé actuels des Premières nations vivant dans des réserves au Canada. Les limites relatives aux données utilisées dans le cadre de la préparation du présent rapport sont décrites plus en détail à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/gen/2003_stat_profil/index_f.html

Sources de données internes

Des données provenant de plusieurs sources internes ont été utilisées pour la préparation du présent rapport, y compris diverses évaluations et bases de données de directions générales. Des problèmes comme les différences dans les définitions et les lacunes que présentent certaines données viennent limiter la fiabilité.

Rendement global du Ministère

Priorités ministérielles clés et rendement

Pour 2004–2005 et au-delà, Santé Canada a établi quatre priorités ministérielles à moyen terme qui continuent de refléter la vision, la mission, le mandat et l'autorité du Ministère. Elles contribuent à la réalisation des priorités gouvernementales établies dans les récents discours du Trône et par l'entremise des accords des premiers ministres. De plus, elles témoignent de l'engagement du gouvernement à intervenir relativement aux questions de santé touchant les Canadiens et à atteindre efficacement les résultats visés. Elles illustrent aussi l'engagement du gouvernement à assurer la reddition de comptes au chapitre des ressources publiques.

Ces priorités ont été conçues pour cibler les questions clés, les importants défis sur le plan de la santé et le programme du gouvernement du Canada concernant l'intervention ministérielle. Elles s'unissent pour aider à réaliser les résultats gouvernementaux, Des canadiens en santé ayant accès à des soins de qualité, Amélioration de la santé des Autochtones et des Inuits et Une société inclusive qui favorise la diversité, lesquels sont décrits dans le document *Le rendement du Canada*.

Ces priorités, qui sont reflétées dans l'ensemble des résultats stratégiques du Ministère, et qui ont été décrites en détail dans le *Rapport sur les plans et les priorités (RPP)* de 2004–2005, sont les suivantes :

- améliorer la qualité de vie des Canadiens;
- réduire les risques pour la santé des Canadiens;
- maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État;
- améliorer la responsabilisation envers les Canadiens.

Dans le présent rapport, nous avons continué d'aligner nos priorités et nos activités redditionnelles avec nos résultats stratégiques et secteurs d'activités traditionnels, tout comme nous le ferons jusqu'à ce que nous mettions la dernière main à notre Architecture des activités de programme (AAP).

Au cours de l'année, notre contexte opérationnel était largement comme nous l'avions prévu dans notre RPP. Les Canadiens ont continué à accorder une grande importance et une grande attention au système de santé. Tous les gouvernements ont donné suite à cette responsabilité, grâce à un solide leadership du gouvernement du Canada, et ce, au moyen de mesures comme le Plan décennal pour consolider les soins de santé et les engagements à améliorer la santé des Premières nations et des Inuits. Le Ministère a donné suite à la décision du gouvernement du Canada de créer l'Agence de santé publique du Canada, et s'est consacré à l'établissement des autorisations initiales pour

la nouvelle Agence qui est venue remplacer la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

Ces mesures sont venues s'ajouter à d'autres stratégies ministérielles en cours, notamment l'amélioration de la façon dont les agences et les ministères fédéraux s'acquittent de leurs responsabilités en matière de réglementation, l'attribution d'un rôle solide à la science dans la prise de décisions à Santé Canada, et l'engagement général à accroître et à clarifier la responsabilisation tant dans les activités ministérielles que dans la définition et la déclaration de nos résultats.

Santé Canada a contribué à une autre initiative et à un autre engagement du gouvernement par l'intermédiaire du *Programme d'action pour l'égalité entre les sexes*, lequel permet d'assurer que les politiques, les programmes et les services reflètent les besoins et les intérêts particuliers des femmes. Le Ministère est allé de l'avant avec sa stratégie de mise en œuvre de l'Analyse comparative entre les sexes au moyen de la formation et de l'élaboration d'outils et de ressources, et a augmenté sa capacité d'établir des politiques et des programmes ciblés sur les nouveaux enjeux de la santé comme la santé des femmes autochtones et les soins à domicile.

Améliorer la qualité de vie des Canadiens

Bien que les Canadiens comptent parmi les gens les plus en santé au monde, selon la plupart des indicateurs, le mandat de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie a axé les mesures permanentes et élargies de Santé Canada sur la protection et la promotion de la santé et sur des défis bien précis. Au cours de 2004–2005, nous avons renforcé nos efforts soutenus visant à appuyer de meilleurs résultats sur le plan de la santé des Premières nations et des Inuits. Le Ministère a pu mettre à contribution les ressources accrues prévues pour les programmes de santé des Premières nations et des Inuits dans le Budget de 2003. Celles-ci sont décrites en détail sous le résultat stratégique : Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé. Ces ressources comprenaient, entre autres, un financement supplémentaire pour le Programme des services de santé non assurés, un réinvestissement de capitaux afin d'améliorer les établissements de soins, une stratégie d'immunisation pour les enfants des Premières nations des réserves, une stratégie globale sur les soins infirmiers, ainsi que des programmes pilotes afin d'améliorer l'intégration des services à ceux des provinces et des territoires. Nous avons également commencé à aller de l'avant en ce qui concerne les engagements du discours du Trône de février 2004 en élargissant nos mesures visant à appuyer les services destinés à la petite enfance et à offrir de l'eau potable plus saine dans les communautés des Premières nations et des Inuits. Au cours de 2004–2005, le programme de surveillance de la qualité de l'eau potable dans les communautés a permis de continuer à renforcer la capacité des communautés des Premières nations de surveiller la qualité de leur eau potable et de déceler les problèmes potentiels. Au total, 492 sites communautaires étaient dotés de responsables compétents de la surveillance de la qualité de l'eau potable en 2004–2005.

La modernisation du régime de réglementation conçu pour minimiser les risques et générer des avantages pour les Canadiens en ce qui concerne les aliments, les produits pharmaceutiques, les produits de santé naturels, les produits de consommation et les produits de lutte antiparasitaire constitue un autre élément majeur des travaux que nous avons entrepris au cours de 2004–2005. Par exemple, nous avons continué de mettre en œuvre la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, laquelle nous a permis d'améliorer la rapidité d'exécution, la transparence et la prévisibilité de nos examens des produits thérapeutiques dont les fabricants cherchent un accès au marché canadien, et de renforcer la surveillance, par Santé Canada, de l'innocuité des produits déjà sur le marché, ainsi que la transparence et l'ouverture du processus de réglementation. Un volet de notre approche consistait à réaliser davantage de travaux avec des agents de réglementation d'autres pays. Nous avons également élargi notre surveillance des produits déjà sur le marché et avons apporté des modifications importantes dans des secteurs comme l'étiquetage des cosmétiques et des produits du tabac. Ces deux éléments ont contribué à l'engagement gouvernemental face à la réglementation intelligente. Qui plus est, nous avons continué de donner

suite à l'engagement pris par notre ministre d'accroître la transparence et l'ouverture du processus de prise de décisions ministériel, et d'encourager la mobilisation du public, particulièrement en ce qui concerne le régime de réglementation des médicaments et d'autres produits thérapeutiques. Ces activités sont décrites en détail sous les résultats stratégiques suivants : Des produits de santé et des aliments sûrs pour la population canadienne et Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens.

Les préparatifs en prévision de l'entrée en vigueur de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* constituent une contribution similaire. Nous avons publié trois projets de règlement pour consultation publique dans le cadre de ces préparatifs. Nous avons également œuvré de concert avec d'autres pays afin d'harmoniser les processus réglementaires et avons continué de passer en revue les produits antiparasitaires plus anciens en regard de méthodes courantes d'évaluation des risques et de données scientifiques courantes dans le cadre d'efforts plus vastes visant à minimiser les risques pour les Canadiens et l'environnement. Ces activités sont décrites en détail sous le résultat stratégique : Des produits et des programmes de lutte antiparasitaire durables pour les Canadiens.

Réduire les risques pour la santé des Canadiens

Il convient de souligner que cette priorité ministérielle comprenait certains aspects des responsabilités mentionnées sous la priorité antérieure. Cependant, elle était largement axée sur le mandat et les activités de Santé Canada en matière de santé publique. Le Ministère a accompli des progrès relativement à cette priorité grâce à une combinaison d'activités de promotion et de protection de la santé.

Les Canadiens, les professionnels de la santé et les enseignants sont de plus en plus renseignés et avertis quant à la gestion de la santé et ils recherchent de l'information supplémentaire pour prendre des décisions et faire des choix sains. Il s'agit notamment de renseignements comme ceux que renferme le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, lequel préconise un modèle d'alimentation qui répond aux besoins nutritionnels et minimise le risque de maladies chroniques reliées à la nutrition comme le diabète de type II. L'obésité, qui est devenue plus prévalente au Canada au cours des 25 dernières années, est un important facteur qui expose les gens à un plus grand risque de développer de telles maladies. Donc, en 2004–2005, en plus de fournir de si précieux renseignements, le Ministère a établi un groupe de travail multilatéral afin d'enquêter sur la question des gras trans dans le régime alimentaire des Canadiens et de formuler des recommandations visant à en réduire de façon appréciable la présence. Nous nous sommes également engagés à mettre en œuvre le règlement sur l'étiquetage nutritionnel des aliments, lequel exige que les gras trans soient inscrits sur les étiquettes de la plupart des aliments préemballés au plus tard le 12 décembre 2005.

Le Ministère a également continué à cerner et à évaluer les risques pour la santé et la sécurité liés aux produits de santé et a prévenu le public de tout problème s'y rattachant. Il a renforcé sa capacité de surveillance des médicaments et d'autres produits thérapeutiques sur le plan de l'utilisation dans le monde réel, et a augmenté la sensibilisation à la déclaration des effets indésirables et à la communication des risques au moyen de lettres de renseignements et d'avis. Nous avons également entrepris des activités de conformité et d'application de la loi afin d'assurer que les produits de santé se conforment à de rigoureuses normes nationales et internationales d'innocuité, de qualité et d'efficacité.

Au cours de 2004–2005, l'un de nos grands rôles a été de gérer le passage de certaines activités à la nouvelle Agence de santé publique du Canada afin de respecter l'engagement pris dans le discours du Trône de février 2004. Dans la foulée de l'épidémie du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au début de 2004 et d'autres préoccupations et menaces liées à la santé publique, un certain nombre d'études ont été entreprises afin d'examiner comment le Canada pourrait s'y prendre pour donner suite du mieux possible aux priorités en matière de santé publique. Les auteurs des analyses ainsi effectuées ont reconnu que la santé publique n'intéresse pas uniquement la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, mais également les risques plus globaux pour la santé, comme les menaces

potentielles de bioterrorisme, les maladies chroniques et d'autres menaces évitables pour la santé[3].

De façon générale, les rapports faisaient ressortir la nécessité d'avoir un leadership plus clair, des pouvoirs, des responsabilités et des rôles législatifs, ainsi qu'une capacité et une coordination accrues au sein des gouvernements et entre ceux-ci, de même qu'à l'échelle internationale, en matière de santé publique. Ils cernaient des lacunes dans les ressources, soit au niveau des personnes compétentes requises pour traiter des questions de santé publique, soit au niveau des laboratoires et de la capacité d'intervention d'urgence nécessaires pour intervenir rapidement.

Afin de donner suite à l'engagement du gouvernement, Santé Canada a établi un processus de transition afin de nous aider à conseiller le gouvernement au sujet d'options pour la restructuration de la nouvelle Agence. Le processus a permis au Ministère de cerner et de gérer les nombreuses mesures requises pour créer l'Agence et assurer l'établissement de rapports efficaces avec le Ministère en ce qui concerne les questions clés liées aux politiques et aux programmes. Bien que l'on s'attende à ce que cette transition se poursuive jusqu'en 2005–2006, nous avons rapidement accompli les progrès nécessaires pour permettre au gouvernement d'annoncer, le 24 septembre 2004, la création de l'Agence de santé publique du Canada (www.phac-aspc.gc.ca/new_f.html). Dans le cadre de la création de l'Agence, le personnel de l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, de même que les biens et les responsabilités de certains programmes bien précis, y compris les subventions et les contributions, ont été transférés à la nouvelle Agence. Cette dernière doit faire état de ses activités au Parlement tout au long de l'exercice 2004–2005 dans son propre Rapport ministériel sur le rendement.

Maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État

Santé Canada a fait fonction de centre névralgique pour la collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'assurer que les Canadiens ont accès, en temps voulu, à des soins de santé de qualité en fonction des besoins et non de la capacité de payer. Au cours de 2004–2005, nous avons continué à donner suite aux engagements antérieurs, particulièrement ceux visés par l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Ces mesures comprenaient, entre autres, un soutien continu du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, afin d'appuyer les innovations dans les soins de santé de première ligne, particulièrement celles préconisées par les provinces et les territoires. Étaient également prévus un soutien de l'évaluation des nouvelles technologies de santé, des mesures pour traiter des priorités en matière de ressources humaines en santé et de nouveaux indicateurs comparables permettant aux Canadiens de mieux évaluer le rendement de leur système de soins de santé. Les travaux liés à ces indicateurs sont décrits sous le résultat stratégique : Amélioration de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en matière de santé.

L'attention accordée aux temps d'attente dans le discours du Trône de février 2004 et l'engagement du gouvernement du Canada à œuvrer de concert avec d'autres gouvernements dans ce dossier sont venus élargir nos travaux en ce qui concerne cette priorité. L'importante collaboration avec nos homologues provinciaux et territoriaux a donné lieu aux propositions sur lesquelles les premiers ministres se sont penchés à leur rencontre de septembre 2004. Le Plan décennal pour consolider les soins de santé, le résultat de ces

[3] Voir le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (Comité Naylor) (http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/index_f.html); le rapport de la Commission Campbell du gouvernement de l'Ontario (http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell04f/campbell04_4f.pdf); le rapport du Comité d'experts Walker (http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/walker_panel_2003f/introf.pdf); et le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm).

délibérations, est un plan d'action visant à guider le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le cadre d'initiatives de renouvellement des soins de santé portant sur les temps d'attente, les ressources humaines en santé, les soins à domicile, les soins de santé primaires, les produits pharmaceutiques et d'autres secteurs clés. Le Plan décennal a été appuyé par des investissements fédéraux de 41 milliards de dollars étalés sur dix ans et consentis aux provinces et aux territoires, de même que par des engagements du Budget de 2005 de 200 millions de dollars sur cinq ans pour appuyer les ressources humaines en santé et améliorer les temps d'attente et l'établissement de rapports sur le rendement dans le secteur de la santé.

À la suite de la conclusion de l'accord sur le Plan décennal, le Ministère a travaillé en étroite collaboration avec nos homologues provinciaux et territoriaux afin d'aller de l'avant avec la mise en œuvre du plan. Des détails sur les engagements et les mesures liés au renouvellement des soins de santé en 2004–2005 sont présentés sous le résultat stratégique : Accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens.

Par exemple, le Ministère a examiné les questions liées aux temps d'attente au Canada et à l'échelle internationale afin d'aider à cerner les pratiques exemplaires potentielles et les champs d'action pour l'atteinte de la cible fixée pour le 31 mars 2007 et visant les réductions significatives des temps d'attente dans des secteurs prioritaires comme le cancer, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires et la restauration de la vue.

Le Ministère a aidé à diriger le processus qui a permis de conclure un accord sur un Cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé qui commence à permettre à l'ensemble des gouvernements de prévoir un effectif de la santé plus stable et plus efficace, un effectif qui répond aux besoins des communautés autochtones et des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Les premiers ministres ont demandé à leurs ministres de la Santé d'établir un groupe de travail ministériel pour élaborer et mettre en œuvre la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques et faire état des progrès à ce sujet au plus tard le 30 juin 2006. Pour appuyer ces travaux, le Ministère a collaboré avec nos partenaires provinciaux et territoriaux dans le cadre d'une série de mesures qui visent à cerner les pratiques exemplaires de la prescription et de l'utilisation des médicaments, et à harmoniser la façon dont les gouvernements incorporent les médicaments génériques dans leurs régimes d'assurance-médicaments et examinent l'établissement du prix des médicaments non brevetés au Canada. De plus, ces mesures renforceront l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel.

Dans de nombreux autres secteurs comme les soins à domicile et les soins continus, ainsi que les soins palliatifs et les soins de fin de vie, le Ministère a mené à bien des travaux d'élaboration de politiques et de perfectionnement du savoir qui servent de base aux provinces et aux territoires pour le renouvellement des soins de santé.

Améliorer la responsabilisation envers les Canadiens

Le gouvernement du Canada a fait de l'amélioration de la responsabilisation envers les Canadiens une priorité pour l'ensemble de ses ministères et agences et un élément constant d'accords comme le Plan décennal. Cet engagement a pris plusieurs formes au sein de notre ministère au cours de 2004–2005, et nombre des mesures prises sont décrites en détail sous le résultat stratégique : Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada.

En misant sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de sa vision d'une organisation moderne, comme il est établi dans la Stratégie de gestion moderne, élaborée dans le cadre de l'Initiative de modernisation de la fonction de contrôleur, le Ministère a continué à intégrer les principes de la fonction de contrôleur moderne dans les processus et les systèmes de gestion.

Afin d'appuyer les efforts du Ministère visant la promotion de saines pratiques de gestion, le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG), introduit par le SCT, est utilisé comme guide pour évaluer les pratiques de gestion et relever d'autres secteurs à améliorer. Le Ministère appuie fermement une culture de gestion moderne en encourageant l'excellence dans la gestion dans son contexte opérationnel.

Pour ce faire, on a prévu une gamme de mesures visant à améliorer la responsabilisation et à renforcer l'intendance dans l'ensemble du Ministère. Nombre de ces mesures traitaient des ressources humaines et des besoins du milieu de travail, y compris la mise en relief et la communication de l'engagement du Ministère à respecter des normes d'éthique supérieures. Nous avons renforcé nos fonctions de vérification interne et d'enquêtes spéciales, en plus d'introduire un nouveau Cadre de gestion et de contrôle financiers. Parallèlement, nous avons établi un nouveau Cadre de gestion des contrats et un plan d'action afin d'améliorer la façon dont nous gérons nos contrats. Ce cadre est complété par notre nouveau cadre ministériel de gestion des subventions et contributions mis en œuvre en 2002 ainsi que par le lancement récent en 2004 du portail/site Web des subventions et contributions, des initiatives visant à améliorer la gestion des subventions et des contributions.

Afin d'aider à renforcer la responsabilisation à tous les niveaux, nous sommes en train de définir des mesures du rendement pertinentes et d'édifier la nouvelle AAP. Dans de nombreux cas, nous complétons ces initiatives par nos engagements à rendre compte de nos activités aux Canadiens en utilisant des indicateurs comparables et en veillant à ce que les mesures de responsabilisation constituent une composante centrale des accords que nous concluons avec les organisations qui reçoivent des subventions et des contributions.

Résumé du rendement ministériel pour chaque résultat stratégique, priorité et engagement

DÉPENSES MINISTÉRIELLES		
Ressources financières totales (en millions de dollars)		
Prévues[1]	**Autorisations**	**Réelles**
3 307,5 $	2 883,3 $	2 816,6 $
Ressources humaines totales (en équivalents temps plein)		
Prévues[1]	**Réelles**	**Différence**
9 133	8 026	1 107

[1] *Les dépenses prévues comprennent l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) étant donné que celle-ci n'a été créée que le 24 septembre 2004. Les autorisations comparatives et les dépenses réelles se trouvent dans le Rapport sur le rendement de l'ASPC de 2004-2005. (http://publiservice.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_f.asp)*

Comme le démontrent les tableaux qui suivent, le Ministère a mis en œuvre les quatre priorités ministérielles à l'appui des progrès vers la réalisation des sept résultats stratégiques, notamment :

1. accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens;
2. amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits (PNI) par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de soins de santé;
3. produits de santé et aliments sûrs pour les Canadiens;
4. milieux plus sains et produits plus sûrs pour les Canadiens;
5. produits et programmes de lutte antiparasitaire durables pour les Canadiens;
6. amélioration de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour appuyer la prise de décisions en matière de santé;
7. soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada.

1 RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

Accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 378,4		DÉPENSES RÉELLES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 356,4
Priorités et engagements de 2004–2005	**Type**	**Résultats obtenus[2]**
Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour améliorer l'accès des Canadiens à des services de santé de qualité et assurer la viabilité du système	En cours	Santé Canada a appuyé le gouvernement et les premiers ministres dans le cadre de l'élaboration du Plan décennal pour consolider les soins de santé et de la mise en œuvre de mesures comme les premières étapes de la réduction des temps d'attente. Santé Canada a continué de donner suite à la mise en œuvre des engagements antérieurs pris par les premiers ministres (p. ex. l'accès aux soins à domicile et en milieu communautaire, les questions pharmaceutiques, les ressources humaines en santé et l'utilisation de nouvelles technologies).
Remplir les obligations permanentes découlant de la *Loi canadienne sur la santé (LCS)*	En cours	Santé Canada a continué d'œuvrer de concert avec les provinces et les territoires afin de régler les questions liées à la *Loi canadienne sur la santé* par la consultation, la collaboration et la coopération. Le Processus de prévention et de règlement des différends liés à la *LCS* s'est vu conférer un caractère officiel dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé. Les questions concernant la conformité sont déclarées chaque année dans le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.
Concevoir des approches stratégiques nationales pour le XXI[e] siècle à l'égard des nouveaux enjeux, en particulier la génétique (p. ex., répercussions sur les plans sociodémographique et déontologique)	Nouveau	Santé Canada s'est employé, tant à l'échelle nationale qu'internationale, à élaborer des approches stratégiques pour faire face aux nouveaux enjeux, notamment la génétique humaine, la recherche sur de la matière humaine vivante et la nanotechnologie. Ces secteurs offrent de grandes possibilités pour ce qui est de trouver de nouveaux moyens de prévenir, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé, mais ils posent aussi des défis en matière de politiques, d'éthique et de réglementation, qu'il est nécessaire de relever pour maintenir la durabilité du système de santé, la sécurité des patients et la confiance de la population.
Activités liées à la réforme réglementaire et aux questions législatives	En cours	Santé Canada s'est employé à moderniser les systèmes de protection de la santé et de réglementation de la sécurité, ainsi que les initiatives législatives. Le Ministère a poursuivi sa collaboration avec Industrie Canada afin d'établir des cadres modernes pour la propriété intellectuelle.
Collaboration internationale	En cours	Le Ministère a continué d'établir et de maintenir des rapports bilatéraux et multilatéraux avec des organisations internationales et des pays clés. Nous avons continué d'assurer que les politiques et les programmes internationaux du Ministère sont cohérents et conformes aux politiques gouvernementales et aux positions du Canada concernant les politiques étrangères.

[1] *Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.*

[2] *Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre* Résultats obtenus *par opposition au titre* Résultats prévus et situation actuelle.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

2 ***Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé***

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 1 701,9		DÉPENSES RÉELLES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 1 684,6
Priorités et engagements de 2004–2005	**Type**	**Résultats obtenus[2]**
Améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention	En cours	Le Ministère a appuyé l'exécution de programmes ciblant les nourrissons et les enfants des PNI, et visant à aider les femmes enceintes, les dispensateurs de soins, les familles et les communautés à élever des enfants en santé. Les programmes ont ciblé la santé de la mère, du nourrisson et de l'enfant; l'augmentation des connaissances linguistiques et culturelles des enfants; et l'amélioration de la maturité scolaire des enfants.
Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé	En cours	Les stratégies ont permis d'augmenter le nombre de professionnels de la santé agréés, d'améliorer les établissements de soins de santé afin d'accroître l'accès des PNI aux programmes et aux services de santé, d'offrir un appui aux centres de traitement pour obtenir leur agrément et d'assurer que les PNI ont accès aux soins à domicile et en milieu communautaire.
Coopérer et collaborer avec les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces, les territoires et les fournisseurs de services pour moderniser le système de santé et l'adapter aux besoins des Premières nations et des Inuits	En cours	Le Ministère a poursuivi ses travaux visant à mettre en œuvre les initiatives financées dans le cadre du volet autochtone du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, comme les programmes de formation des sages-femmes, les projets de services de santé et de services sociaux et la télésanté, et à améliorer la coordination et l'intégration des programmes fédéraux de Développement de la petite enfance (DPE).
Améliorer la gestion de l'information et du savoir afin d'améliorer la prestation des services et des programmes de santé	En cours	Le Ministère a introduit les nouveaux systèmes d'information sur les soins à domicile et en milieu communautaire et le diabète, et a mis à l'essai le Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI).
Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de responsabilisation efficaces qui amélioreront les pratiques de gestion de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits	En cours	Santé Canada a élaboré de nouveaux outils de gestion des contrats, a mis à jour les modèles d'accords de financement des PNI, a simplifié davantage les exigences en matière de rapports des PNI après en avoir réduit le double emploi, et a renforcé la capacité de gestion et d'administration chez les bénéficiaires des accords de contribution des PNI.

[1] *Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.*

[2] *Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004-2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre* Résultats obtenus *par opposition au titre* Résultats prévus et situation actuelle.

3 RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 183,4		DÉPENSES RÉELLES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 184,0
Priorités et engagements de 2004–2005	**Type**	**Résultats obtenus[2]**
Transformer notre efficience, notre efficacité et notre capacité d'intervention à titre d'organe de réglementation	En cours	Le Ministère a amélioré la rapidité d'exécution, la transparence et la prévisibilité des processus de réglementation et de soumission de produits de santé, comme le démontre notre rendement au chapitre des engagements, par exemple la réduction de l'arriéré d'examens de présentations de nouveaux produits pharmaceutiques de 89 % entre avril 2003 et mars 2005.
Donner des informations faisant autorité pour que les Canadiens et les Canadiennes fassent des choix sains et prennent des décisions éclairées	En cours	Le Ministère a augmenté la sensibilisation des Canadiens quant aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition et leur a permis de prendre des décisions éclairées à leur sujet, notamment les saines habitudes alimentaires préconisées dans le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et les consultations de la page Web du Guide alimentaire, la page de Santé Canada la plus consultée.
Augmenter notre réactivité face à la santé publique et faire preuve d'une plus grande vigilance relativement à l'efficacité thérapeutique dans le monde réel	En cours	Le Ministère a renforcé la surveillance de l'innocuité et de l'efficacité des produits thérapeutiques et la gestion des risques, pour la santé, des produits de santé et des aliments sur le plan de l'utilisation dans le monde réel, grâce à une capacité de surveillance accrue, y compris l'importance particulière accordée à la déclaration des effets indésirables des médicaments chez les enfants, et il a renforcé encore davantage les mesures canadiennes de protection contre l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB).
Améliorer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation afin de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants	En cours	Santé Canada a renforcé la participation du public à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes sur les produits de santé, les aliments et la nutrition, notamment l'amélioration des activités relatives à la participation du public et l'amélioration de la connaissance des processus de prise de décisions, et de la contribution du public à ceux-ci.

[1] *Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.*

[2] *Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre* Résultats obtenus *par opposition au titre* Résultats prévus et situation actuelle.

4 RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 235,4		DÉPENSES RÉELLES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 211,7
Priorités et engagements de 2004–2005	**Type**	**Résultats obtenus[2]**
Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les méfaits associés aux dangers présents dans le milieu de travail et l'environnement, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie	En cours	Le Ministère a mené à bien des initiatives de réglementation visant à réduire les risques pour la santé découlant de l'exposition au plomb et de l'étiquetage des ingrédients des cosmétiques. Le Ministère a terminé les travaux d'établissement d'un indice national de la qualité de l'air. Le Ministère respecte le calendrier établi pour la réalisation de ses objectifs en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* d'ici 2006; la mise en œuvre du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques; et l'Évaluation nationale de la vulnérabilité de la santé humaine aux changements climatiques 2007. Le Ministère continue de mener des inspections et des évaluations pour protéger la santé des voyageurs, des travailleurs et du public, de même que pour les Services nationaux de dosimétrie.
Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées	En cours	Les efforts ont été axés sur la poursuite de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une approche nationale coordonnée en matière de renoncement au tabac et de la mise en œuvre d'un programme renouvelé de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Nous avons ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), amorcé l'élaboration d'un cadre national sur la consommation et l'abus de substances, établi une structure d'intendance générale pour la Stratégie canadienne antidrogue, et consenti un financement pour des projets communautaires novateurs par l'entremise de notre Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie canadienne antidrogue. Le *Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes*, visant à réduire le nombre de décès et les méfaits associés aux incendies attribuables à la cigarette, est en voie d'élaboration et sera prêt en 2005.

[1] *Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.*

[2] *Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre* Résultats obtenus *par opposition au titre* Résultats prévus et situation actuelle.

5 RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

Des produits et des programmes antiparasitaires durables pour les Canadiens

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 38,3		DÉPENSES RÉELLES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 41,4
Priorités et engagements de 2004–2005	**Type**	**Résultats obtenus[2]**
Assurer l'innocuité et l'efficacité des produits antiparasitaires	En cours	Le Ministère a continué de faciliter l'accès à des produits antiparasitaires plus sûrs. Il a élargi l'information destinée au public et aux intervenants. Il a augmenté la transparence de la réglementation des produits antiparasitaires. Il a amélioré l'efficience et la rentabilité de la réglementation.
Assurer la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires*	En cours	Le Ministère a renforcé la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* et à son règlement d'application.
Assurer le recours à des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides	En cours	Les utilisateurs ont été informés des pratiques à risque réduit.

[1] *Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.*

[2] *Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004-2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre* Résultats obtenus *par opposition au titre* Résultats prévus et situation actuelle.

RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

6 ***Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé***

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 98,7		DÉPENSES RÉELLES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 107,3
Priorités et engagements de 2004–2005	**Type**	**Résultats obtenus[2]**
Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé	En cours	Santé Canada a continué d'œuvrer de concert avec les partenaires relativement aux questions stratégiques clés et à l'utilisation de la technologie électronique dans le secteur de la santé.
Élaborer un cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels en matière de santé	En cours	Le Cadre pancanadien de protection du caractère privé et confidentiel des renseignements personnels en matière de santé a été terminé et approuvé par la Conférence FPT des sous-ministres de la Santé (le Québec et la Saskatchewan s'étant abstenus).
Accroître l'accès à l'information et aux données sur la santé et leur utilisation dans les processus décisionnel et redditionnel	En cours	Le Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé a été publié, les activités d'évaluation des programmes ont continué d'être renforcées, et des efforts permanents visant à accroître l'accès aux données probantes et aux renseignements relatifs à la santé à l'appui de la prise de décisions et de la responsabilisation ont continué d'être déployés.
Mettre en œuvre une stratégie ministérielle de gestion de l'information et de technologie de l'information	En cours	Le Ministère a fait la meilleure utilisation possible du financement limité en mettant au point des processus clairs d'établissement des priorités, y compris la version définitive de la stratégie ministérielle sur la gestion de l'information et les technologies de l'information pour guider l'engagement des dépenses et les choix concernant la technologie, plus particulièrement dans le cas de la gestion de l'information et des télécommunications.

[1] *Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.*

[2] *Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004-2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre* Résultats obtenus *par opposition au titre* Résultats prévus et situation actuelle.

7 RÉSULTATS STRATÉGIQUES :

Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada

DÉPENSES PRÉVUES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 198,6		DÉPENSES RÉELLES TOTALES[1] (EN MILLIONS DE DOLLARS) 231,2
Priorités et engagements de 2004–2005	**Type**	**Résultats obtenus[2]**
Meilleure reddition des comptes aux Canadiens grâce à l'amélioration continue des pratiques de gestion et à la gérance rigoureuse des ressources	En cours	Le Ministère a apporté des améliorations aux pratiques de gestion et il a renforcé l'intendance et la responsabilisation. On a adopté une culture où les gestionnaires se concentrent sur l'amélioration de la transparence et de l'ouverture, ainsi que sur le renforcement de l'intendance et de la responsabilisation.
Prestation régionale efficace des programmes de Santé Canada en fonction des besoins locaux	En cours	Dans le cadre des activités régionales, on a eu recours aux partenariats et aux rapports concertés, ainsi qu'à la mobilisation d'intervenants clés et de citoyens pour donner suite aux priorités locales et régionales.
Meilleure capacité ministérielle de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser des connaissances scientifiques objectives afin de permettre la prise de décisions éclairées et, ce faisant, d'optimiser les résultats en matière de santé et de réduire les risques pour la santé chez les Canadiens	En cours	Le Ministère a analysé les forces, les lacunes et les possibilités relatives aux sciences afin de promouvoir l'utilisation efficace de la science dans les décisions stratégiques et réglementaires. Le Programme de bourses postdoctorales renforce la capacité et la qualité de la science qui se fait au Ministère. Les partenariats formés avec d'autres ministères et les Instituts de recherche en santé relativement à de nombreuses initiatives ont permis d'accroître la sensibilisation à la science qui se fait à Santé Canada et la compréhension de celle-ci.
Mise en œuvre du volet « Santé Canada » du Plan d'action du gouvernement du Canada en matière de langues officielles, qui vise à améliorer l'accès aux services pour les collectivités de langue officielle en situation minoritaire	En cours	À ce jour, 27 réseaux de communautés de langues officielles en situation minoritaire sont en place; et il y a 140 étudiants de langue française qui ont obtenu un diplôme de programmes collégiaux et universitaires de soins de santé. Le Ministère a mis en œuvre une nouvelle politique interne pour appuyer les communautés de langues officielles en situation minoritaire.

[1] *Les sommes visées par les ressources sont fournies au niveau des résultats stratégiques et non à celui des priorités et des engagements puisqu'il n'existe pas de mécanisme pour fournir les dépenses réelles au niveau des priorités.*

[2] *Afin de faire état des résultats stratégiques et de refléter de façon précise les résultats de Santé Canada au titre des priorités et des engagements pour 2004–2005, le titre de la colonne a été modifié de la façon qui suit : on a retenu le titre* Résultats obtenus *par opposition au titre* Résultats prévus et situation actuelle.

Section II

Analyse du rendement par résultat stratégique

Résultat stratégique :
Accès à des services de santé de qualité pour les Canadiens

Résultats pertinents dans « Le rendement du Canada » : Des Canadiens en meilleure santé ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Assumer un rôle de leader en collaboration avec les provinces et les territoires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les autres intervenants clés, en élaborant une vision commune du système de santé canadien et en définissant des priorités clés et des approches de mise en œuvre afin d'obtenir les changements qui permettront d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'intégration des services de santé (primaires, actifs, à domicile, communautaires et de longue durée), en vue de mieux répondre aux besoins de santé des Canadiens, peu importent l'endroit où ils habitent ou leur situation financière.

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	378,4	363,3	356,4
Revenus prévus	0	0	0
Dépenses nettes	378,4	363,3	356,4*
ETP	465	470	473

** Représente 12,7 % des dépenses réelles du Ministère (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).*

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement supplémentaire relié aux initiatives mentionnées dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé
- financement supplémentaire pour l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée (ACCPA) non requis au cours de cet exercice à cause de la création de l'agence
- report d'une partie du financement prévu pour le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) aux prochains exercices afin de répondre aux besoins du programme
- réaffectation d'une partie du financement du FASSP à la gestion du résultat stratégique « Enrichissement de la base de données probantes et utilisation

accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé »

- financement interne fourni à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) aux fins de la contribution prévue à la province de l'Ontario pour la construction du centre de santé Meno Ya Win

Les dépenses réelles sont inférieures de 6,9 millions de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- besoins en contributions moins élevés qu'ils n'avaient été prévus pour le FASSP et les ressources humaines en santé (RHS)
- rajustements de fin d'exercice et dépenses moins élevées qu'elles n'avaient été prévues dans divers programmes

Résultats intermédiaires

- Plus grande cohérence de la politique de la santé
- Mise en œuvre continue
- Renforcement de la capacité de recherche sur les politiques de santé (en cours)
- Atteinte d'un consensus entre les intervenants bien informés et les gouvernements

Résultats immédiats

- Définition des buts et des objectifs
- Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé
- Collaboration avec les intervenants et les gouvernements et engagement de ceux-ci

Priorités

- Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour améliorer l'accès des Canadiens à des services de santé de qualité et assurer la viabilité future du système
- Remplir les obligations permanentes découlant de la Loi canadienne sur la santé
- Concevoir des approches stratégiques nationales pour le XXI[e] siècle à l'égard des nouveaux enjeux, en particulier la génétique (p. ex., répercussions sur les plans sociodémographique et déontologique)
- Activités liées à la réforme réglementaire et aux questions législatives
- Collaboration internationale

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

Programme	Dépenses réelles (en M $)[1]	Lien avec les résultats
Politique en matière de soins de santé	291,4	Définition des buts et des objectifs de stratégies et d'initiatives particulières. Collaboration avec les gouvernements et les intervenants et engagement de ceux-ci. Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé.
Affaires intergouvernementales	5,2	Collaboration avec les gouvernements et les intervenants et engagement de ceux-ci. Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé.
Politique stratégique en matière de santé	8,0	Définition des buts et des objectifs de stratégies et d'initiatives particulières. Collaboration avec les gouvernements et les intervenants et engagement de ceux-ci. Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé.
Affaires internationales	19,8	Collaboration avec les gouvernements et les intervenants et engagement de ceux-ci.
Santé des femmes	4,5	Acquisition et transfert de connaissances pour les enjeux précis de la politique de la santé.
Communications, Marketing et Consultation	27,5	Les activités entreprises sont liées généralement aux services de soutien ministériels permanents, plutôt qu'à des programmes définis.

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Résumé

Santé Canada participe activement au renouvellement du système de santé du Canada. Nous sommes responsables des initiatives et des investissements du gouvernement du Canada qui favorisent le changement structurel du système de santé et améliorent l'accès à des services de santé de qualité pour toute la population canadienne. Nous remplissons ce rôle en tenant des activités qui contribuent à respecter les engagements du gouvernement du Canada, prévus dans l'Accord de septembre 2004 des premiers ministres sur le Plan décennal pour consolider les soins de santé, et dans les accords précédents des premiers ministres, à assumer notre responsabilité consistant à garantir que les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* soient respectés, à produire des efforts en vue d'élaborer des pratiques liées au système de santé et à établir des politiques, des règlements et des lois qui satisfont aux besoins actuels et qui reflètent les toutes dernières connaissances.

En 2004–2005, nous avons continué de nous acquitter de nos responsabilités continues touchant ce résultat stratégique, en plus de réaliser des progrès relativement aux nouvelles activités que nous avions

prévues dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) pour l'exercice. Nous avons surtout mis l'accent sur les travaux préparatoires qui ont mené à la réunion des premiers ministres de septembre et à l'établissement du Plan décennal. Une fois le Plan élaboré, nous avons travaillé étroitement avec nos collègues des gouvernements provinciaux et territoriaux et avec les intervenants en santé pour commencer à respecter les engagements pris, d'autant plus qu'un certain nombre d'entre eux ont des échéances précises.

De plus, nous avons maintenu nos efforts visant à améliorer la base de connaissances requise pour élaborer des politiques efficaces par le biais de nos propres recherches stratégiques sur les nouveaux enjeux comme la génétique humaine, la nanotechnologie et la biotechnologie. Nous avons également contribué aux initiatives internationales portant sur des questions comme le VIH/sida, la lutte contre le tabagisme et la sécurité de la santé face à une éventuelle pandémie de grippe.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour améliorer l'accès des Canadiens à des services de santé de qualité et assurer la viabilité du système

Conformément à cette priorité, le Ministère a continué d'appuyer la mise en œuvre des engagements pris à l'égard de l'innovation et de la réforme du système de santé lors des réunions récentes des premiers ministres. Nous avons aussi exécuté une bonne part des travaux visant à clarifier les options à l'intention des premiers ministres en vue de leur réunion de septembre 2004, ce qui a conduit au Plan décennal. À la suite de cette réunion, nous avons travaillé sur les questions et les engagements découlant du Plan décennal établi avec les provinces et les territoires. Dans de nombreux cas, nous avons ainsi modifié et approfondi les engagements pris initialement dans le RPP de 2004–2005.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Appuyer le processus menant à l'établissement du Plan décennal	En 2004–2005, nous avons pris une mesure importante non prévue dans le RPP en fournissant un appui au gouvernement du Canada en vue de la réunion de septembre 2004 des premiers ministres, puis en agissant pour mettre en œuvre les engagements des premiers ministres. Le Plan décennal est un plan d'action visant à guider les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux relativement aux initiatives de renouvellement des soins de santé portant sur les temps d'attente, les ressources humaines en santé, les soins à domicile, les soins primaires et les produits pharmaceutiques. Le Plan décennal a été appuyé par des investissements fédéraux de 41 milliards de dollars sur dix ans consentis aux provinces et aux territoires qui favoriseront un financement prévisible et croissant pour le renforcement du système de santé. Ces engagements financiers ont été mis en œuvre par le biais du projet de loi C-39, qui a obtenu la sanction royale en mars 2005. Le budget de 2005 prévoyait des dépenses totales de 200 millions de dollars sur cinq ans pour soutenir les ressources humaines en santé, réduire les temps d'attente et améliorer les rapports sur le rendement du système de santé aux fins de mise en œuvre du Plan décennal.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Accès aux services de santé/Temps d'attente	Le Plan décennal décrit les engagements précis visant à réduire considérablement les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires (cancer, cœur, imagerie diagnostique, remplacement d'articulations et restauration de la vue) et d'établir des points de repère et des indicateurs comparables fondés sur des données probantes. Pour les Canadiens, ceci se traduira par un meilleur accès à des services de santé de qualité, en premier lieu dans les cinq domaines prioritaires. Afin d'améliorer l'accès aux soins de qualité, Santé Canada : • a établi des principes directeurs pour le transfert de 4,25 milliards de dollars sur cinq ans aux fins de réduction des temps d'attente; • a maintenu la collaboration entre les multiples partenaires au projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest du Canada (Western Canada Waiting List Project); • a appuyé la diffusion de pratiques exemplaires nationales et internationales de gestion des temps d'attente; • a acquis des connaissances sur les tendances en matière de soins actifs et sur les approches visant à assurer l'efficience des hôpitaux; • a facilité l'acquisition de connaissances sur les questions relatives à l'accès qui touchent les populations relevant de la compétence fédérale; • a examiné la question des temps d'attente dans les services d'urgence; • a facilité la consultation et la concertation de divers acteurs clés du système de santé en ce qui concerne les temps d'attente; • a reçu 15 millions de dollars sur quatre ans provenant du budget de 2005 pour les initiatives nationales sur les temps d'attente.
Gérer les progrès réalisés à l'aide du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP)	Le FASSP, fonds quinquennal de 800 millions de dollars établi en 2000 par l'Accord de 2000 des premiers ministres, a continué de soutenir la prise en charge des coûts de transition liés à la modification fondamentale des soins de santé primaires. Le FASSP soutient plus de 60 initiatives et la majorité des fonds est versée aux gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'appuyer leurs plans de renouvellement des soins de santé primaires. Le reste des fonds a été engagé presque entièrement en 2004–2005. En 2004–2005, on a réalisé d'importants progrès relativement à trois stratégies nationales visant la promotion du travail d'équipe multidisciplinaire, l'élaboration d'un cadre d'évaluation et la sensibilisation accrue du public aux soins de santé primaires. Ces trois stratégies se poursuivront jusqu'en 2006–2007. En mai 2004, plus de 1 000 personnes ont participé à une conférence fructueuse sur les soins de santé primaires qui a rassemblé des experts du Canada et de l'étranger en vue d'échanger les pratiques exemplaires et de discuter des orientations stratégiques du renouvellement des soins de santé primaires. Cette conférence a ouvert la voie à une amélioration continue des soins de santé primaires.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre en œuvre les engagements de l'Accord de 2003 des premiers ministres (tels que détaillés dans le Plan décennal) qui visent les soins de santé à domicile	Le Plan décennal décrit les soins de courte durée à domicile qui seront offerts à tous les Canadiens d'ici 2006 en fonction des besoins évalués et de la couverture au premier dollar. Cela permettra d'améliorer l'accès aux soins à domicile après un séjour à l'hôpital, aux soins au terme de la vie et aux soins offerts à certains patients ayant des problèmes de santé mentale. Tous les gouvernements, y compris le gouvernement fédéral, s'efforcent de respecter l'échéance de 2006 pour la mise en œuvre des engagements relatifs aux soins de santé à domicile spécifiés dans le Plan décennal. Les activités de Santé Canada portant sur les soins à domicile et les soins continus comprennent l'élaboration et l'adoption de politiques et l'acquisition de connaissances qui améliorent les soins à domicile et les soins continus dans tout le Canada en mettent l'accent sur des modèles et des programmes novateurs, en particulier dans les domaines de la santé mentale, de la gestion de cas, des aidants naturels ou non professionnels, des soins de longue durée en établissement et du logement avec services de soutien, la promotion de l'utilisation appropriée des ressources humaines en santé et la promotion de l'utilisation de la technologie (télésoins et traitements à domicile) pour l'élaboration de nouveaux modèles et programmes.
Aborder les questions relatives aux produits pharmaceutiques pertinentes à la réforme des soins de santé (telles que détaillées dans le Plan décennal)	Santé Canada a continué de collaborer avec ses partenaires provinciaux et territoriaux aux initiatives de gestion des produits pharmaceutiques. Le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) a été établi en mars 2004 à l'aide de fonds de Santé Canada provenant de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT) après l'approbation de l'initiative par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et leur entente sur les priorités initiales. Le SCPUOM sera le centre canadien d'information et d'éducation sur les pratiques exemplaires de prescription et d'utilisation des médicaments. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) de la Santé ont établi un groupe de travail ministériel FPT en octobre 2004 afin d'élaborer et de mettre en œuvre la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP) qui reprend et complète la SAPT et d'autres initiatives fédérales et FPT visant à améliorer l'accès des Canadiens à des médicaments sûrs, efficaces et abordables. Depuis, Santé Canada a poursuivi ses activités de collaboration avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé afin d'élaborer et de mettre en œuvre les éléments d'intervention de la SNPP ainsi que les initiatives existantes connexes comme le SCPUOM et le Processus commun d'examen des médicaments (PCEM). Le Ministère a continué de collaborer avec les autres gouvernements pour harmoniser le traitement des médicaments génériques et leur inclusion dans les listes de médicaments, et ce, afin d'améliorer l'accès des régimes d'assurance-médicaments publics du Canada à des médicaments génériques moins coûteux équivalant aux médicaments brevetés de marque déposée. Nous avons réalisé des progrès dans l'analyse de la fixation des prix des médicaments non brevetés au Canada et dans l'évaluation des options qui s'offrent pour la modération ou le contrôle de ces prix. Ce travail, qui a été entrepris avant l'établissement du Plan décennal, se poursuit dans le cadre des activités de collaboration FPT prévues dans la SNPP.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Nous avons continué, en collaboration avec les administrations partenaires, d'utiliser le PCEM pour les nouveaux médicaments d'ordonnance. Le PCEM est un processus unique qui sert à examiner les nouveaux médicaments et à présenter des recommandations aux régimes publics fédéral, provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments participants (à l'exclusion de celui du Québec) pour l'établissement des listes de médicaments. Le PCEM promet d'accroître l'harmonisation des décisions relatives à l'établissement des listes de médicaments et de réduire le dédoublement des efforts. Le Ministère a financé 11 projets dans le cadre du Programme de contribution aux pratiques exemplaires (PCPE), qui offre un soutien financier aux initiatives visant à évaluer les pratiques exemplaires de prescription et d'utilisation des pharmacothérapies, et il encourage l'adoption de telles pratiques dans l'ensemble des administrations.
Aborder les questions relatives aux technologies de la santé (telles que détaillées dans le Plan décennal)	En octobre 2004, les ministres de la Santé ont approuvé la Stratégie canadienne sur les technologies de la santé. Cette stratégie représente une collaboration visant à favoriser la gestion, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé. Plus précisément, Santé Canada était chargé de promouvoir et d'assurer la responsabilisation et la transparence des organisations indépendantes et des partenaires de projets comme l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS). Ces tâches consistaient notamment à mettre l'accent sur l'adoption et l'utilisation des technologies de la santé, plus particulièrement sur le matériel médical et diagnostique. À cette fin, il est nécessaire d'accroître les connaissances sur l'adoption et l'utilisation des technologies de la santé par le biais de recherches nationales et internationales et d'exercer un rôle de leader dans la promotion de la collaboration entre les intervenants du système de santé. Les 500 millions de dollars affectés en 2004–2005 pour le matériel médical ont été transmis aux provinces et aux territoires pour l'acquisition de matériel diagnostique et médical et la mise en place d'une formation spécialisée connexe pour le personnel afin d'accélérer l'accès aux services de diagnostic et de traitement financés par l'État.
Appuyer les mesures prises à l'égard des questions touchant les soins palliatifs et au terme de la vie	En plus de diriger la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et au terme de la vie et de travailler avec de nombreux organismes intéressés et les gouvernements provinciaux et territoriaux, nous avons encouragé l'adoption de pratiques exemplaires de soins palliatifs et de soins au terme de la vie ainsi que l'établissement de normes d'agrément et la formation interprofessionnelle.
Appuyer les mesures prises à l'égard de la planification des ressources humaines en santé (RHS) (telles que détaillées dans le Plan décennal)	En 2004–2005, nous avons participé activement à l'élaboration d'un cadre pancanadien de planification des ressources humaines en santé. Ce cadre, qui a été approuvé par presque tous les gouvernements, présente les arguments en faveur d'une approche coopérative pancanadienne de la planification, décrit les défis à relever, cerne les priorités de collaboration et énumère les mesures concrètes que les administrations peuvent prendre ensemble pour accroître la stabilité et l'efficacité des effectifs de santé. Notre rôle a notamment consisté à fournir un soutien de base pour la planification des RHS, l'amélioration de la collecte et de la normalisation des données sur les RHS et la modélisation des prévisions. En partenariat avec Ressources humaines et Développement des compétences Canada, le Ministère a continué de participer aux études sectorielles avec certaines professions de la santé afin de mieux comprendre les besoins en ressources humaines de ces professions.

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Remplir les obligations permanentes découlant de la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) est la loi fédérale qui régit l'assurance-santé au Canada. Cette loi énonce les principes nationaux qui s'appliquent au système de santé (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité). Elle vise à garantir que tous les résidents canadiens admissibles jouissent d'un accès raisonnable aux soins hospitaliers et médicaux requis selon la formule du prépaiement et sans frais directs au point de service. En 2004–2005, Santé Canada a continué d'assurer la conformité à la Loi et d'améliorer le processus de présentation de rapports au Parlement et à la population canadienne. On peut trouver le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* à : www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index_f.html.

L'approche adoptée par Santé Canada quant à l'administration de la LCS met l'accent sur la transparence et sur la consultation et le dialogue avec les autorités provinciales et territoriales en matière de santé. L'imposition d'amendes est envisagée uniquement en dernier recours, lorsque toutes les options de résolution axées sur la collaboration ont échoué. Conformément à l'engagement pris par tous les premiers ministres (à l'exclusion de celui du Québec) dans l'Entente-cadre sur l'union sociale de 1999, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (à l'exclusion de celui du Québec) se sont entendus, en avril 2002, pour créer un processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*. Le 16 septembre 2004, tous les premiers ministres, à l'exclusion de celui du Québec, ont officialisé ce processus dans leur Plan décennal pour consolider les soins de santé.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Assurer la conformité aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé* ainsi qu'aux dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs	Le travail que nous effectuons avec les provinces et les territoires a révélé un degré élevé de conformité à la Loi. Nous avons intensifié la surveillance du mode de prestation des soins de santé, élaboré de meilleurs outils de suivi et d'analyse de l'information et enquêté et rendu des comptes sur les cas de non-conformité possibles et les nouvelles questions de santé.
Améliorer le processus de présentation de rapports au Parlement et à la population canadienne sur les services de santé assurés fournis par les provinces et les territoires	Nous avons travaillé avec les provinces et les territoires pour améliorer l'information recueillie en vue de publier le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* et, à cette fin, nous avons rationalisé le processus, accru la collaboration et la communication avec les provinces et les territoires et accru la portée et le niveau de détail de l'information fournie dans le rapport.
	Le rapport annuel de 2003–2004 sur la *Loi canadienne sur la santé* a été déposé à la Chambre des communes le 18 février 2005 et au Sénat le 22 février 2005.

PRIORITÉ 3 : NOUVEAU

Concevoir des approches stratégiques nationales pour le XXIe siècle à l'égard des nouveaux enjeux, en particulier la génétique (p. ex., répercussions sur les plans sociodémographique et déontologique)

Santé Canada s'emploie à élaborer, à l'échelle nationale et à l'échelle internationale, des approches stratégiques à l'égard d'un vaste éventail de nouveaux enjeux, en particulier la génétique humaine, la recherche sur les matières biologiques humaines et la nanotechnologie. Ces domaines offrent de grandes possibilités de trouver de nouveaux moyens de prévenir, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé, mais soulèvent aussi des difficultés d'ordre stratégique, déontologique et réglementaire qu'il faut régler pour maintenir la durabilité du système de santé, la sécurité des patients et la confiance du public.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Élaborer une stratégie globale visant les nouvelles technologies	Nous avons dirigé les négociations du gouvernement du Canada concernant la déclaration sur les normes universelles de bioéthique proposée par l'UNESCO, document de portée générale et fondé sur des principes déterminants visant à aider les États à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et des lois sur les questions d'ordre éthique soulevées par les progrès technologiques.
La stratégie comprendra des approches spécifiques de génétique et de nanotechnologie	Nous avons travaillé au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) aux trois initiatives clés suivantes : 1) à terminer la rédaction d'un rapport sur l'état actuel de l'assurance de la qualité dans les laboratoires d'analyse de génétique moléculaire, rapport qui donnera lieu à l'établissement de lignes directrices sur l'assurance de la qualité d'ici 2006 en vue d'améliorer la qualité des tests génétiques; 2) à contribuer aux travaux sur les innovations biotechnologiques et en matière de santé déterminant comment utiliser efficacement la technologie génétique pour assurer une bonne santé et une meilleure qualité de vie; 3) à rédiger les lignes directrices de l'OCDE sur les pratiques exemplaires d'homologation des innovations génétiques afin d'améliorer les pratiques d'homologation, de sorte qu'un plus grand nombre de patients puissent tirer profit des nouveaux diagnostics et des nouvelles thérapies génétiques. À l'échelon national, nous avons collaboré à l'étude du Comité consultatif canadien de la biotechnologie (CCCB) sur les conséquences des brevets relatifs au matériel génétique humain pour le système de santé, étude qui débouchera à l'automne 2005 sur la rédaction d'un rapport contenant des recommandations. Nos activités de recherche et d'élaboration de politiques sur les questions stratégiques générales liées à la génétique humaine consistaient entre autres à collaborer avec d'autres ministères et avec le Secrétariat canadien de la biotechnologie à une conférence du gouvernement sur la pharmacogénomique. Nous avons également tenu un symposium sur la génétique et la diversité afin de mieux comprendre les relations entre la recherche en génétique, les applications et les politiques en matière de soins de santé et des facteurs comme les différences biologiques et sociales entre les sexes, l'invalidité, la race et l'ethnicité. Nos travaux sur la nanotechnologie ont consisté à appuyer les efforts interministériels déployés en la matière sous la direction du Bureau du conseiller national en sciences et à y participer. Nous avons également exploré les répercussions de la nanotechnologie sur les plans éthique, juridique et social.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Autres initiatives	Nous examinons les approches du prélèvement, de l'utilisation et du stockage des matières biologiques humaines (MBH) aux fins de la recherche qui permettraient d'optimiser les gains en santé, de protéger les renseignements personnels et d'assurer un consentement éclairé. En 2004, le Ministère a entrepris d'élaborer à l'intention des chercheurs de Santé Canada un guide général unique des bonnes pratiques de recherche sur les MBH. Dans le cadre de ce travail, nous avons évalué l'importance du stockage de MBH à Santé Canada, cerné les secteurs d'intérêt, déterminé la nature guide, relevé les lacunes des politiques et des lignes directrices établies et défini les mesures prioritaires afin d'assurer une meilleure protection aux Canadiens dont les MBH sont conservées par Santé Canada.

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Activités liées à la réforme réglementaire et aux questions législatives

Santé Canada a entrepris de moderniser ses systèmes de réglementation et ses mesures législatives afin d'optimiser la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens.

Le Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005 de Santé Canada souligne les autres cadres de réglementation qui doivent faire l'objet de travaux. Nous continuons de collaborer avec Industrie Canada pour créer des cadres modernes de régie de la propriété intellectuelle.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre en œuvre une stratégie de réglementation intelligente pour accélérer les réformes dans certains secteurs clés	Santé Canada participe activement aux travaux du gouvernement du Canada visant à élaborer une stratégie de mise en œuvre d'une réglementation intelligente, axée sur le renforcement de la gestion réglementaire, l'amélioration de la coordination et de la collaboration et la mesure du rendement. Le premier rapport du gouvernement du Canada sur les initiatives et les projets relatifs à la réglementation intelligente, qui a été publié en mars 2005, comporte huit initiatives de Santé Canada dont des mesures pour améliorer l'efficacité et l'efficience, la transparence et la participation du public (p. ex. la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, en ce qui concerne les médicaments), des approches novatrices axées sur les risques (p. ex. réglementation fondée sur des normes concernant les cellules, les tissus et les organes destinés à la transplantation) et un engagement multipartite (p. ex., un groupe de travail sur la réduction de la teneur en gras trans des aliments canadiens).

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Une autre initiative porte sur un protocole d'entente entre Santé Canada, le Bureau du Conseil privé et Commerce international Canada, signé en février 2005, et visant à rationaliser le processus de réglementation des demandes liées à deux secteurs à volume élevé (établissement de limites maximales de résidus [LMR] pour les pesticides dans les aliments et modifications de l'annexe F du Règlement sur les aliments et drogues qui régit le statut de médicament vendu sur ordonnance), tout en maintenant un examen scientifique rigoureux et en poursuivant les consultations en cours auprès des intervenants et des partenaires commerciaux. Grâce à ce protocole d'entente, les agriculteurs auront plus rapidement accès à de nouveaux pesticides moins nocifs et les consommateurs accéderont plus vite aux nouveaux médicaments vendus sur ordonnance et obtiendront plus rapidement un remboursement des assureurs privés.
Modernisation de nos systèmes de réglementation et de nos initiatives législatives	Santé Canada a entrepris de moderniser ses systèmes de réglementation et ses initiatives législatives afin d'optimiser la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens. Santé Canada a terminé les consultations nationales sur la proposition de renouveau législatif sur la protection de la santé (RLPS) et plus de 300 présentations écrites contenant plus de 1 600 commentaires ont été analysées. Des réunions ont été organisées pour aborder des questions particulières, y compris une réunion de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux. Au printemps 2004, le Ministère a retiré le chapitre sur les maladies transmissibles de la proposition initiale concernant le RLPS pour le traiter à part et a présenté un nouveau projet de loi sur la mise en quarantaine. Ces mesures découlaient de l'analyse effectuée à la suite de l'épidémie de SRAS, qui a fait ressortir la nécessité de moderniser les lois en vigueur sur la quarantaine. Le projet de loi a reçu la sanction royale en mai 2005. À l'automne 2004, le Ministère a présenté un projet de loi visant à modifier la *Loi sur les aliments et drogues* en ce qui concerne les autorisations de mise en marché provisoires, afin de répondre aux préoccupations soulevées par le Comité mixte permanent d'examen de la réglementation. Ces modifications ont été renvoyées au Comité permanent de la santé à la fin de 2004–2005.
Coopération internationale en matière de réglementation afin d'optimiser les avantages des approches internationales	On a réalisé d'importants progrès dans la détermination des principes clés qui régiront l'engagement stratégique de Santé Canada dans la coopération internationale en matière de réglementation. Ces progrès ont été complétés par des travaux pertinents exécutés au sein de certaines directions générales. Premièrement, le projet de loi C-9, *Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique*, a été mis au point le 14 mai 2005 et le règlement final a été publié dans la Partie II de la *Gazette du Canada* le 1er juin 2005. Les entreprises canadiennes de médicaments génériques peuvent commencer à demander des licences obligatoires pour exporter dans les pays désignés qui en ont besoin des médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et la malaria, ou en réponse à d'autres urgences de santé publique. Deuxièmement, un projet de modification du Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité) et des dispositions du Règlement sur les aliments et drogues relatives à la protection des données a été publié préalablement dans la Partie I de la *Gazette du Canada*. Des représentants de la santé et de l'industrie évaluent actuellement les commentaires recueillis auprès des intervenants et prévoient passer à l'action au cours de l'été.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Troisièmement, Santé Canada collabore avec Industrie Canada aux travaux de l'OCDE et du CCCB visant à régler les problèmes du système de santé liés au brevetage du matériel génétique humain.
Activités liées à la procréation assistée	En ce qui a trait à la régie du code déontologique de recherche sur des sujets humains, Santé Canada poursuit ses travaux d'élaboration de politiques dans ce domaine et a aidé le Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain (CNÉRH) à rédiger un document sur les options proposées pour la création d'un système d'agrément des programmes de protection des sujets humains de recherche et à entamer la rédaction de normes provisoires pour encourager des mesures de protection cohérentes et de haute qualité à l'intention des participants canadiens à la recherche en santé. Santé Canada a poursuivi ses travaux sur l'établissement de la nouvelle Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée (ACCPA), conformément à sa loi habilitante, la *Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe*. Cette loi vise à protéger et à promouvoir la santé, la sécurité, la dignité et les droits des êtres humains dans le cadre de l'utilisation des technologies de procréation assistée, à interdire les activités inacceptables comme le clonage humain et à mettre en place des mesures de contrôle pour la recherche sur la procréation assistée. Afin d'atteindre ces objectifs, le Ministère poursuit l'élaboration d'un cadre réglementaire complet en vertu de la Loi, au moyen d'un processus ouvert et axé sur la consultation. En 2004–2005, des représentants du Ministère ont présenté 16 exposés techniques dans 11 grands centres du Canada afin de renseigner les provinces, les intervenants et le grand public sur la nouvelle Loi et sur le processus de réglementation. On a organisé des ateliers de collecte d'information afin d'appuyer l'élaboration de politiques de consultation et de remboursement des dépenses liées à la procréation assistée. Santé Canada a en outre tenu des consultations nationales sur certaines propositions prévoyant l'obtention d'un consentement libre et éclairé pour l'utilisation de matériel reproductif humain et d'embryons *in vitro*, consultations qui ont étayé la rédaction des dispositions réglementaires avant leur publication préalable dans la *Gazette du Canada*. Les travaux préparatoires relatifs au recrutement et à la sélection des candidats au conseil d'administration de l'Agence, y compris aux postes de président de l'Agence et du CA, ont pris fin. Les versions préliminaires du plan d'activités et de la stratégie de gestion des ressources humaines de l'Agence ont été élaborées et on a entrepris la création des systèmes et des outils administratifs de l'Agence afin de la préparer au démarrage de ses activités, prévues pour le début de 2006 à Vancouver.

PRIORITÉ 5 : EN COURS

Collaboration internationale

Santé Canada a continué d'établir et d'entretenir des relations bilatérales et multilatérales avec les principaux organismes internationaux. En outre, nous avons continué d'assurer la cohérence des politiques et des programmes internationaux du Ministère et leur harmonisation avec les politiques gouvernementales et les positions du Canada en matière de politique étrangère.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Participation aux activités des organisations de santé et d'autres pays	Nous avons continué de participer activement aux activités de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), en particulier aux activités visant à façonner les politiques clés et à défendre les priorités du Canada. Au sein de ces deux organisations, nous avons appuyé les résolutions importantes pour le Canada, dont celles concernant la préparation aux pandémies, les maladies liées à la pauvreté constituant un lourd fardeau et les maladies non transmissibles. Nous avons dirigé de concert avec l'Agence de santé publique du Canada les négociations sur la révision du Règlement sanitaire international de l'OMS, lequel vise à établir des mesures de prévention, de protection, de lutte et d'intervention contre la propagation internationale de maladies infectieuses comme le SRAS. Nous nous sommes employés à renforcer nos relations avec l'Union européenne dans un certain nombre de domaines prioritaires pour le gouvernement du Canada, comme les questions touchant la sécurité des consommateurs et les environnements sains. Au plan bilatéral, nous avons signé une lettre d'intention avec le ministère de la Santé du Mexique en vue de préparer des activités bilatérales, dont les premières visent la santé des Autochtones. Nous avons également renouvelé notre plan d'action pour la coopération avec la Chine dans le domaine de la santé.
Lutte mondiale contre le VIH/sida	Le Ministère a renforcé le volet d'engagement international de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, dans le cadre du processus global de renouvellement de la stratégie. Ceci comprend le versement de subventions pour appuyer la tenue d'activités d'apprentissage, la création de nouvelles ressources et l'échange des pratiques exemplaires entre les partenaires nationaux et internationaux du Canada. Mentionnons à titre d'exemple le soutien fourni au deuxième Symposium canadien sur les microbicides. Nous avons également fourni des contributions sous forme de fonds et de programmes à la Conférence internationale sur le sida qui a eu lieu en 2004 à Bangkok et nous avons participé à la rédaction de nombreuses décisions et résolutions des Nations Unies concernant le VIH/sida.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Initiative de protection de la santé mondiale	Nous avons continué de jouer un rôle de chef de file et de coordonnateur en présidant le Groupe d'action de l'Initiative de protection de la santé mondiale (IPSM), formé de hauts fonctionnaires (G7 et Mexique), en faisant fonction de Secrétariat de l'IPSM et en exploitant le site Web sécurisé de l'Initiative. Les activités liées à l'IPSM ont débouché sur la tenue d'une réunion internationale en décembre 2004, lors de laquelle les ministres ont approuvé des mesures et planifié les travaux futurs d'amélioration de la protection de la santé mondiale liés à la préparation et à l'intervention en cas d'acte de terrorisme chimique, biologique, radiologique et nucléaire et de pandémie de grippe.
Lutte mondiale contre le tabagisme	Notre leadership et nos travaux continus touchant les questions mondiales de lutte contre le tabagisme ont donné lieu à la ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS — le tout premier traité mondial de santé publique conçu pour réduire les décès et les maladies causés par le tabac dans le monde. En outre, nous avons versé des subventions à des organisations internationales et à certains pays afin de les aider à faire avancer leurs recherches et leurs programmes en matière de lutte contre le tabagisme.

Résultat stratégique :

Amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits par la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé

Résultats pertinents dans « Le rendement du Canada » : Amélioration de la santé des Autochtones

Objectif

Fournir en collaboration avec les provinces et les territoires des services et des programmes de santé durables aux Premières nations, aux Inuits et à leurs communautés pour lutter contre les inégalités en santé et les menaces de maladies et ainsi leur permettre d'être en aussi bonne santé que les autres Canadiens.

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	1 707,4	1 714,6	1 688,6
Revenus prévus	(5,5)	(5,5)	(4,0)
Dépenses nettes	1 701,9	1 709,1	1 684,6*
ETP	1 714	1 738	1 893

* *Représente 59,8 % des dépenses réelles du Ministère (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).*

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement supplémentaire pour la Contribution désignée au gouvernement de l'Ontario, en vue de la construction du Centre de santé Meno Ya Win; le Plan d'action accéléré II pour les lieux contaminés désignés; le Programme des Services de santé non assurés; et les Pensionnats indiens
- comptabilisation dans le secteur d'activité « Gestion et administration ministérielle » des fonds accordés aux Premières nations pour les projets de construction et de rénovation d'installations dans les réserves

Les dépenses réelles sont inférieures de 24,5 millions de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- diminution des dépenses prévues pour les Services de santé non assurés attribuable à des facteurs comme l'utilisation accrue de médicaments génériques
- prise en charge moins importante qu'elle n'avait été prévue des services offerts en vertu du Programme des pensionnats indiens
- rajustements de fin d'exercice et dépenses moins élevées qu'elles n'avaient été prévues dans divers programmes

Résultats intermédiaires

- Augmentation des comportements sains
- Amélioration de l'accessibilité, de la disponibilité et de la qualité des programmes et des services de santé
- Réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies, des toxicomanies et de l'alcoolisme
- Renforcement de la capacité de gérer et d'exécuter les programmes et les services de santé des Premières nations et des Inuits
- Système de santé efficace et durable à l'intention des Premières nations et des Inuits
- Sensibilisation accrue des communautés et des particuliers aux facteurs qui influent sur la santé et aux mesures préventives visant à atténuer leurs effets
- Satisfaction des clients à l'égard des niveaux et de la qualité des programmes et des services
- Gestion efficace et efficiente de l'accès aux prestations de santé selon les besoins des clients
- Capacités de planification et de gestion efficaces de la santé au sein des collectivités

Résultats immédiats

- Renforcement de la capacité de prestation de programmes et de services
- Sensibilisation accrue des collectivités et des particuliers
- Programmes et services adaptés à la culture
- Prestation de programmes et de services de qualité
- Élaboration et mise en œuvre de politiques et de cadres de gestion efficaces

Priorités

- Améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies
- Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé
- Coopérer et collaborer avec les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces et les territoires et les fournisseurs de services pour moderniser le système de santé et l'adapter aux besoins des Premières nations et des Inuits
- Améliorer la gestion de l'information et du savoir afin d'améliorer la prestation des services et des programmes de santé
- Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de responsabilisation efficaces qui amélioreront les pratiques de gestion de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats :

Programme	Dépenses réelles (en M $)[1]	Lien avec les résultats
Programmes de santé communautaire des Premières nations et des Inuits	205,6	Les programmes communautaires favorisent la santé de l'enfant ainsi que la santé maternelle et infantile, la promotion de la santé mentale, la prévention et le traitement des toxicomanies et les services de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé.
Protection de la santé des Premières nations et des Inuits	46,4	Les programmes sur les maladies transmissibles, la santé environnementale et la recherche facilitent la préparation à la mise en œuvre de mesures visant à lutter contre les épidémies de maladies évitables, à les gérer et à les maîtriser et améliorent la gestion et le contrôle des dangers environnementaux.
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits	294,6	Les services de soins primaires comprennent la médecine d'urgence et communautaire ainsi que les services de soins infirmiers, de soins à domicile et en milieu communautaire, et de santé bucco-dentaire.
Services de santé non assurés (SSNA)	814,1	Le programme des Services de santé non assurés fournit à quelque 765 000 Indiens inscrits et Inuits officiellement reconnus un éventail restreint de biens et de services médicaux nécessaires qui complètent ceux fournis par les régimes d'assurance-santé privés, provinciaux ou territoriaux. Les prestations incluent les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, les fournitures et l'équipement médical, les services à court terme d'intervention en situation de crise, les services de santé mentale et le transport pour accéder aux services médicaux non disponibles dans la réserve ou dans la collectivité du client.

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Programme	Dépenses réelles (en M $)[1]	Lien avec les résultats
Soutien en matière de gouvernance et d'infrastructure au système de santé des Premières nations et des Inuits	323,9	Soutien en matière de gouvernance et d'infrastructure à l'administration du système de santé des Premières nations et des Inuits pour la mise en œuvre de la politique sur le droit inhérent, le renforcement de la capacité des Premières nations et des Inuits de produire et d'obtenir de l'information et des connaissances sur la santé et le maintien de l'infrastructure des services et des programmes de santé des Premières nations et des Inuits grâce à un contrôle accru des programmes et des services de santé par les Premières nations et les Inuits. Les activités comprennent la planification des services de santé, le renforcement de la capacité de gestion des communautés des Premières nations et des Inuits, le renforcement de la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits de gérer et d'offrir des programmes et services de santé, l'intégration et la coordination des services de santé entre les échelons FPT, l'intendance et la recherche en santé et la gestion du savoir et de l'information.

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Résumé

L'activité de programme Santé des Premières nations et des Inuits a entre autres pour objectifs d'améliorer les résultats en matière de santé, d'assurer la disponibilité et l'accessibilité de services de santé de qualité et de favoriser un meilleur contrôle du système de santé par les Premières nations et les Inuits. Le but, qui est d'offrir des services et des programmes de santé efficaces, efficients, durables et favorables à l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé, repose sur quatre principes fonctionnels. Premièrement, les Premières nations et les Inuits ont besoin de soutien pour jouer un rôle efficace dans la planification et la prestation de leurs services de santé. Deuxièmement, les Premières nations et les Inuits doivent recevoir des services ininterrompus grâce à l'intégration des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux. Troisièmement, les Premières nations et les Inuits doivent disposer des mêmes services de qualité que le reste de la population vivant dans des zones géographiques similaires. En dernier lieu, il faut réformer le système de santé des Premières nations et des Inuits de manière à concentrer les efforts « en amont » pour renforcer la capacité de prévention des maladies et de promotion de la santé.

D'importantes inégalités persistent dans les résultats relatifs à la santé, comparativement à l'ensemble de la population canadienne, sur les plans de l'espérance de vie, de la prévalence des maladies chroniques et infectieuses et des blessures. Les taux de diabète sont trois à quatre fois plus élevés et le nombre potentiel d'années de vie perdues à cause de blessures est trois fois et demie plus élevé. Les taux de suicide chez les jeunes des Premières nations sont six fois plus élevés que chez les autres jeunes Canadiens. En outre, les taux d'infection par la tuberculose sont six fois plus élevés que pour la population canadienne en général. Le pourcentage de cas de sida chez les Autochtones par rapport à l'ensemble de la population canadienne est passé de 1,7 % en 1992 à 7,2 % en 2001[4]. En dépit de ces inégalités, le Ministère a continué d'obtenir des résultats positifs

[4] Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, 2000.

dans l'amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits. Par exemple, l'espérance de vie a augmenté chez les Indiens inscrits en 20 ans — elle est de 13,1 % chez les hommes et de 12,6 % chez les femmes. De même, le taux de mortalité infantile des Premières nations décline de façon constante depuis 1979, alors qu'il était 2,5 fois supérieur au taux canadien. En 2000, le taux enregistré chez les Premières nations n'était plus qu'environ 1,2 fois supérieur au taux canadien.

Le Ministère doit relever de nombreux défis identiques à ceux auxquels les autres systèmes de santé canadiens sont confrontés, comme les coûts croissants, les pénuries de ressources humaines en santé et la nécessité de répondre aux besoins d'une population vieillissante. De plus, le système de santé des Premières nations et des Inuits fait face à des défis particuliers sur les plans de l'exécution du programme et de l'escalade des coûts du fait que la population croît rapidement, que le taux de blessures et le fardeau des maladies sont supérieurs et que les populations vivent en grande partie dans des régions éloignées et rurales du pays.

Diverses prestations nécessaires au point de vue médical (sous forme de médicaments, de soins dentaires, de soins de la vue, de fournitures et matériel médical, de services à court terme d'intervention en santé mentale en situation de crise et de transport pour accéder aux services médicaux non disponibles dans la réserve ou dans la collectivité du client) sont fournies dans le cadre du programme des Services de santé non assurés, à quelque 765 000 membres des Premières nations et Inuits, quel que soit l'endroit où ils habitent. En 2004–2005, nous avons continué de nous acquitter de nos responsabilités permanentes concernant les questions de santé auxquelles sont confrontés les Premières nations et les Inuits ainsi que leur système de santé. Ces efforts ont été soutenus par une affectation de fonds initiale provenant de l'investissement de 1,3 milliard de dollars sur cinq ans qui était prévu dans le budget de 2003 pour poser les assises d'un système de santé plus efficace et plus durable pour les Premières nations et les Inuits. Cet engagement comprenait des fonds pour les Services de santé non assurés, un réinvestissement d'immobilisations pour améliorer les établissements de santé, des fonds pour une stratégie d'immunisation ciblant les enfants des Premières nations vivant dans les réserves, des fonds pour une stratégie globale en matière de soins infirmiers, des fonds pour des programmes pilotes visant à renforcer l'intégration des services avec ceux des provinces et des territoires. En 2004–2005, le gouvernement a également annoncé de nouveaux engagements de 700 millions de dollars pour l'amélioration de la santé des Autochtones. Ces engagements, qui ont été confirmés dans le budget de 2005, doivent financer la création d'un Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones en vue de l'intégration et de l'adaptation des services de santé, le lancement d'une initiative sur les ressources humaines autochtones en santé visant à accroître le nombre d'Autochtones qui choisissent des professions dans le domaine de la santé et des fonds pour améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies axés sur la prévention du suicide, le diabète, la santé maternelle et infantile et le développement de la petite enfance.

Au cours de l'année, nous avons continué de nous attaquer à un certain nombre de défis et de risques particuliers liés à la prestation de programmes et de services, entre autres la nécessité d'accroître les efforts de prévention à l'échelon communautaire afin d'améliorer la santé et de réduire le fardeau du système de santé, de renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits de jouer un rôle plus efficace dans la planification et la prestation des services de santé, de maintenir une responsabilisation claire et efficace à l'égard des résultats en matière de santé en ce qui a trait aux services de santé et à l'état de santé et de maintenir un équilibre entre rentabilité et optimisation des résultats en santé.

Le Ministère s'efforce, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, d'améliorer la portée et l'efficacité des programmes et des services et de fournir des programmes de santé publique et de santé communautaire dans les réserves. Ces programmes portent notamment sur la santé environnementale et la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles. On offre également des programmes de soins de santé primaires dans les collectivités éloignées et isolées où souvent aucun service provincial n'est facilement accessible.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Améliorer les programmes de promotion de la santé et de prévention

Au cours de l'année, le Ministère a investi dans des programmes conçus pour améliorer collectivement la croissance spirituelle, émotionnelle, intellectuelle et physique des nourrissons et des enfants des Premières nations et des Inuits et à aider les femmes enceintes, les dispensateurs de soins, les familles et les collectivités à élever des enfants en santé qui sont en mesure de s'épanouir pleinement. Nous avons mis l'accent sur les programmes visant à assurer la santé de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, à accroître les connaissances linguistiques et culturelles des enfants et à accroître la maturité scolaire des enfants. Afin de combler l'écart entre l'état de santé des Canadiens autochtones et non-autochtones, nous avons mis en place plusieurs activités de promotion de la santé et de prévention des maladies et nous avons travaillé avec nos partenaires pour améliorer la prestation des services de santé. Les initiatives particulières comprennent un programme d'immunisation ciblé, l'expansion du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et l'expansion des programmes portant sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale au sein des collectivités autochtones. Afin de compléter l'Initiative fédérale-provinciale-territoriale (FPT) de développement de la petite enfance (DPE), Santé Canada a entrepris la mise en œuvre de la stratégie de DPE visant les enfants des Premières nations et des Inuits, et d'autres enfants autochtones, en collaboration étroite avec l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC), Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC) et Développement social Canada (DSC).

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mise en œuvre de la Stratégie de DPE visant les Premières nations et les Inuits — approche de « guichet unique »	Nous avons évalué la viabilité d'une approche de « guichet unique » pour l'exécution du programme de DPE dans le contexte d'une initiative nationale d'apprentissage et de garde des jeunes enfants. Parmi les autres activités entreprises, les ministères fédéraux ont rencontré des représentants des collectivités qui travaillent auprès des enfants ayant des besoins spéciaux en vue de cerner des stratégies possibles. Ces activités ont été complétées par des dialogues communautaires dirigés par les organismes autochtones nationaux (OAN) qui ont mené à la production de documents de travail sur la façon d'appliquer les principes « QUAD » du DPE (qualité, universalité inclusive, accessibilité et développement) dans les collectivités autochtones.
Investissement de 74,2 millions de dollars dans les programmes visant à améliorer la santé, et le bien-être des bébés et des enfants des Premières nations et des Inuits et à soutenir les femmes enceintes, les dispensateurs de soins et les collectivités, par l'entremise du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR), du Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), en vue d'améliorer la santé et le bien-être des bébés, des femmes enceintes, des enfants, des familles et des collectivités	Des éléments du PAPAR ont été mis en œuvre dans 338 collectivités servant approximativement 9 100 enfants. En 2004–2005, le personnel du PAPAR a tenu un atelier pour discuter de l'élaboration des programmes futurs. Nous avons également animé des groupes de consultation de parents dans les collectivités afin de recueillir leurs observations sur les obstacles à la participation des parents et sur les stratégies qui permettraient de surmonter ces obstacles. Programme TSAF : Le volet visant les Premières nations et les Inuits a permis d'offrir aux régions une formation sur la détermination des atouts, un outil de renforcement des capacités qui permet aux collectivités de déterminer leurs forces et d'élaborer un plan de lutte contre les TSAF. Afin de sensibiliser davantage les collectivités, nous avons présenté des séances de formation et d'éducation sur les causes et les effets des TSAF à plus de 500 professionnels, paraprofessionnels et dispensateurs de soins. Nous avons également établi plusieurs projets de mentorat durant l'année. Ces projets ont commencé à faire ressortir les avantages en matière de prévention des TSAF qui découlent du jumelage des femmes enceintes à risque avec un travailleur de soutien en qui elles ont confiance.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	En 2004–2005, environ 6 000 femmes ont participé au volet « Premières nations et Inuits » du PCNP, dans quelque 450 sites, servant plus de 600 communautés des Premières nations et des Inuits. La capacité du PCNP d'offrir des programmes efficaces a été renforcée par plus de 500 travailleurs qui ont reçu une formation approfondie sur des sujets pertinents comme le diabète gestationnel et l'alimentation du nourrisson. Du matériel d'information et de référence a également été préparé et distribué. Dépenses liés au PAPAR en 2004–2005 : 41 462 356 $ Dépenses liées aux TSAF en 2004–2005 : 10 729 173 $ Dépenses liées au PCNP en 2004–2005 : 8 902 031 $ **PAPAR et TSAF** Le financement intégral annuel n'a pas pu être utilisé durant l'exercice. Tous les fonds disponibles ont été affectés aux besoins régionaux en matière de programmes de santé, entre autres aux services jugés prioritaires par les Premières nations. **PCNP** Les dépenses susmentionnées (subventions comprises) correspondent aux affectations et aux contributions de même que les coûts de fonctionnement et de gestion. Les données sur le nombre de femmes jointes et d'emplacements sont des estimations. Jusqu'à 50 % des projets ont été inclus dans les ententes de transfert des services de santé qui accordent à la collectivité plus de souplesse dans la gestion de ses ressources et qui ne requièrent pas la présentation d'un rapport final à ce niveau de détail.
Investissement de 32 millions de dollars sur cinq ans pour accroître les taux d'immunisation chez les enfants des Premières nations de moins de six ans qui vivent dans les réserves et pour assurer l'accès aux vaccins nouvellement recommandés Mise en œuvre de la stratégie d'immunisation dans le cadre de partenariats avec des collègues FPT ainsi que des organisations et des collectivités autochtones	Nous avons permis à la population des réserves d'accéder à trois vaccins nouvellement recommandés (vaccin conjugué contre le méningocoque, vaccin conjugué contre le pneumocoque et vaccin contre la varicelle). Nous avons également appuyé les travaux réalisés dans certaines collectivités pour améliorer le programme d'immunisation en prenant des mesures de dotation ou en offrant des possibilités éducatives dont certaines étaient offertes en partenariat avec les provinces. La Stratégie d'immunisation ciblée a été mise en œuvre avec la participation d'un certain nombre d'infirmières et d'infirmiers communautaires des Premières nations et les organisations autochtones nationales (OAN). Le Ministère a renforcé les partenariats établis avec les provinces pour gérer et fournir des vaccins et ainsi permettre de rationaliser les services. Nous avons recueilli des données repères sur la couverture vaccinale chez les enfants de deux ans vivant dans les réserves, ainsi que des renseignements sur les connaissances, les attitudes et les croyances à l'égard des pratiques d'immunisation chez les dispensateurs de soins et les infirmières qui effectuent les immunisations dans les réserves. Dépenses liées à la Stratégie d'immunisation : 691 744 $

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Investissement de 28,6 millions de dollars dans des programmes qui permettront d'accroître la sensibilisation aux comportements sains tels qu'une alimentation saine, une vie active et le maintien d'un poids corporel sain d'accroître la sensibilisation aux méfaits du tabac et de l'abus d'alcool et d'autres drogues	Dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), les collectivités ont reçu de l'information adaptée à la culture sur les comportements sains, notamment un magazine sur la santé et la nutrition diffusé à l'échelle nationale. Plus de 600 collectivités et conseils tribaux ont reçu un financement pour l'exécution de projets qui ont permis d'accroître la sensibilisation aux comportements sains — p. ex. clubs de marche, cours de cuisine, projets de prévention dans les écoles, camps pour les enfants ou les dispensateurs de soins. Trente projets de prévention du diabète et de promotion de la santé ont été financés dans les collectivités afin de multiplier les comportements sains chez les Autochtones vivant hors des réserves, les Métis et les Inuits vivant dans les centres urbains. Des unités mobiles de dépistage du diabète ont été utilisées en Colombie-Britannique et en Alberta. Ces unités offraient un moyen sûr et efficace d'améliorer l'accès aux services pour les collectivités éloignées des Premières nations. En plus d'accroître la sensibilisation au diabète, les unités ont fourni des services de surveillance de la rétinopathie, de la neuropathie et de la pression artérielle. Une campagne nationale de marketing social a été lancée dans les communautés des Premières nations et des Inuits afin de fournir de l'information sur les dangers liés à la fumée secondaire et d'encourager les Premières nations et les Inuits à faire de leurs maisons un environnement sans fumée. Des campagnes télévisées et radiophoniques ciblant les Autochtones ont été diffusées afin de souligner l'importance de zones sans fumée au travail et à la maison, en particulier en présence d'enfants. Une campagne médiatique de suivi mettant l'accent sur les stratégies d'aide à l'abandon du tabagisme a également été préparée et sera lancée en 2005. Nous avons soutenu l'exécution de plus de 100 projets dans 309 communautés des Premières nations et des Inuits afin d'accroître la sensibilisation à l'usage abusif du tabac et à l'abandon du tabagisme. Des discussions animées par les Premières nations ont été entreprises avec l'Assemblée des Premières nations (APN) en vue d'élaborer une stratégie pour répondre à la nécessité de créer des zones sans fumée dans les réserves. Dépenses liées à l'IDA : 13 918 676 $ Dépenses liées à la Stratégie de lutte contre le tabagisme : 6 899 184 $
Renforcement de la capacité des collectivités à réduire les blessures	Un manuel de formation sur la prévention des blessures et un guide adapté d'éducation préscolaire sur les matières dangereuses et leurs symboles ont été élaborés et distribués aux communautés des Premières nations et des Inuits. Un partenariat a été établi avec Transports Canada concernant son Programme de prêts de vêtements de flottaison individuels afin de travailler avec les communautés autochtones pour réduire le nombre de décès résultant d'accidents maritimes dans l'Ouest du Canada. Dépenses liées au programme de prévention des blessures : 5 746 306 $

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Lancement d'une campagne de marketing social sur le VIH/sida et soutien aux activités éducatives des OAN et des collectivités Mise en œuvre de stratégies d'information et de prévention en santé et de réduction des méfaits afin d'accroître les connaissances des collectivités sur le VIH/sida	Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et la Pauktuutit Inuit Women's Association ont mené des campagnes intensifiées de sensibilisation au sida. Plus de 20 000 affiches, brochures et fiches d'information sur le VIH/sida ont été distribuées dans les collectivités des Premières nations. De plus, la brochure et les fiches d'information ont été traduites en inuktitut et 1 500 copies ont été distribuées. Plusieurs collectivités ont participé à des campagnes de sensibilisation conjointement avec les organismes autochtones locaux ou régionaux de services liés au sida. Tous les efforts d'éducation déployés pour la prévention du VIH/sida ont été présentés dans un cadre de réduction des méfaits, et dans certaines régions plus de 90 % des collectivités des Premières nations vivant dans les réserves ont organisé au moins un atelier éducatif. Dépenses liées au VIH/sida : 3 790 708 $
Élaboration et mise en œuvre de l'outil communautaire stratégique d'évaluation des risques et de planification pour l'élimination de la tuberculose dans les communautés des Premières nations et des Inuits et présentation de rapports sur les orientations futures de la stratégie de lutte contre la tuberculose	L'outil communautaire stratégique d'évaluation des risques pour l'élimination de la tuberculose (SCRAP-TB) a été mis à l'essai dans six collectivités et s'est révélé utile pour aider les collectivités à planifier leur programme de lutte contre la tuberculose. En réponse aux recommandations des experts de cesser l'utilisation systématique du vaccin B.C.G et de le remplacer par un programme amélioré de dépistage et de traitement de la maladie et de l'infection, nos régions du Pacifique, de l'Alberta et du Québec ont cessé l'utilisation systématique du vaccin après avoir consulté des collectivités individuelles. Les régions du Manitoba et de l'Ontario ont amorcé des discussions avec les collectivités sur la pertinence du vaccin et leur intention de le remplacer par un programme de dépistage amélioré. La Stratégie existante d'élimination de la tuberculose sera mise à jour en 2005–2006 conformément aux dernières recommandations des spécialistes de la tuberculose et de la santé publique. Dépenses liées à la tuberculose : 4 774 878 $
Nombre de programmes sur la qualité de l'eau potable mis en place dans les collectivités des Premières nations et résultats de ces programmes Augmentation de la fréquence des prélèvements d'échantillons d'eau potable et des analyses de la qualité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations Augmentation du nombre de collectivités dotées de trousses de laboratoire portatives pour les analyses Prestation d'une formation aux collectivités des Premières nations afin d'accroître leur capacité de surveillance de la qualité de l'eau potable et de détection des problèmes possibles	Nous avons élaboré des définitions communes et une base de données afin que des données sur le rendement relatif à la qualité de l'eau soient recueillies et mesurées de manière uniforme dans l'avenir pour permettre des évaluations comparatives. Dans le cadre des programmes sur la qualité de l'eau potable que nous offrons au sud du 60e parallèle, 82 agents d'hygiène du milieu ont fourni des rapports d'analyse de données. Au total, 97 111 échantillons prélevés dans les collectivités des Premières nations ont été analysés. Cinq cent trente-trois (533) collectivités ont eu accès à des trousses de laboratoire portatives en 2004–2005. Quatre cent quarante et une (441) de ces collectivités ont utilisé les trousses pour analyser au moins un de leurs réseaux d'adduction d'eau. Le programme communautaire de contrôleur de la qualité de l'eau nous a permis de faciliter le renforcement de la capacité des collectivités des Premières nations de surveiller la qualité de leur eau potable et de détecter les problèmes possibles. En 2004–2005, 492 collectivités avaient à leur service des contrôleurs de la qualité de l'eau communautaires qualifiés. Dépenses liées à l'eau potable : 6 890 700 $

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé

Le Ministère collabore avec les communautés des Premières nations et des Inuits afin d'améliorer leur qualité de vie et de combler les écarts de santé entre les canadiens autochtones et non-autochtones. L'objectif à long terme consiste à faire des investissements « en amont » — dans les services de santé publique, de prévention et de promotion plutôt que de traitement — et à favoriser l'égalité d'accès aux services et leur qualité. Au cours de l'année, nous nous sommes engagés à accroître le nombre de professionnels de la santé accrédités, à améliorer les établissements de santé afin de faciliter l'accès des Premières nations et des Inuits aux programmes et aux services de santé, à aider les centres de traitement à obtenir leur agrément et à faire en sorte que les Premières nations et les Inuits aient accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC).

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Accroître le nombre de professionnels de la santé des Premières nations et des Inuits œuvrant au sein du système de santé et améliorer la continuité des soins, c'est-à-dire mettre en œuvre le volet de la stratégie sur les ressources humaines en santé (RHS) qui vise les Premières nations et les Inuits	Le volet de la stratégie pancanadienne sur les ressources humaines en santé qui cible les Premières nations et les Inuits a été mis en œuvre. La Fondation nationale des réalisations autochtones a élaboré un module d'éducation axé sur les jeunes Autochtones et intitulé Sensibilisation scolaire aux carrières de la santé, à l'intention des étudiants autochtones des écoles secondaires, afin de les sensibiliser davantage aux carrières de la santé. On a également financé la tenue d'une série de salons des carrières régionaux mettant l'accent sur les carrières de la santé. On a effectué une enquête de référence nationale sur la sensibilisation des jeunes aux carrières de la santé dont les résultats serviront d'information de base aux futures campagnes de marketing social axées sur la sensibilisation et à une évaluation globale de l'initiative sur les carrières de la santé. On a collaboré avec l'Association des facultés de médecine du Canada et l'Association des médecins autochtones du Canada à la recommandation d'améliorations aux programmes d'études des écoles de médecine afin de les rendre plus appropriés sur le plan culturel. On a également entrepris, en collaboration avec l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC), l'élaboration de plans en vue d'établir des compétences de base, des normes et des processus d'agrément pour les représentants paraprofessionnels en santé communautaire. Dépenses liées aux RHS : 4 243 238 $

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Nombre de postes en soins infirmiers dotés (engagement à créer 123 nouveaux postes en soins infirmiers complets, dont 74 destinés à accroître les effectifs des postes de soins infirmiers) et soutien du perfectionnement professionnel des infirmières et des infirmiers dans les communautés des Premières nations et des Inuits grâce à la mise en œuvre de la Stratégie pour les soins infirmiers Amélioration du recrutement et du maintien en poste des infirmières et des infirmiers, perfectionnement des compétences professionnelles, adoption de pratiques fondées sur des données probantes et amélioration des résultats pour les clients et pour le système	Environ 58 des 123 nouveaux postes en soins infirmiers ciblés par les investissements prévus par la Stratégie pour les soins infirmiers ont été dotés, en comptant ceux prévus dans les ententes de contribution pour les postes de soins infirmiers transférés. Une campagne de recrutement dynamique a permis de recruter un certain nombre d'excellents candidats pour toutes les régions. Des entrevues sont en cours et l'objectif de recrutement établi en fonction des investissements actuels sera atteint d'ici l'automne 2005. Des initiatives de perfectionnement professionnel ont permis à un certain nombre d'infirmières et d'infirmiers d'acquérir les compétences obligatoires de pratique des soins infirmiers en milieu clinique et de suivre d'autres cours d'éducation continue et de formation comme la formation obligatoire sur les compétences cliniques et les compétences en matière de programmes de santé communautaire, l'agrément en sauvetage de vies humaines, l'acquisition des compétences en matière d'immunisation et le perfectionnement des compétences en surveillance médicale. On commence à voir des améliorations sur le plan du recrutement, comme en témoignent le nombre accru de personnes qui posent leur candidature aux nouveaux postes de soins infirmiers et les faibles pourcentages de postes de soins infirmiers à pourvoir, légèrement inférieurs à ceux enregistrés au cours de la période qui a précédé les investissements. Nous prévoyons que les nouveaux investissements donneront lieu entre autres à une utilisation accrue des pratiques fondées sur des données probantes et à une amélioration des résultats pour les clients et pour le système. Dépenses liées à la Stratégie pour les soins infirmiers : 60 366 461 $
Améliorer les conditions de vie et de travail du personnel infirmier et accroître la capacité du Ministère de recruter et de maintenir en poste des professionnels de la santé qualifiés, c'est-à-dire améliorer les opérations et maintenir des établissements de santé ainsi que des résidences pour le personnel professionnel dans les réserves procéder à d'importants travaux de réparation structurelle ainsi que de remplacement et de rénovation des installations techniques des bâtiments construire neuf établissements de santé construire 16 unités résidentielles	La réparation, la rénovation et le remplacement des systèmes techniques de certains bâtiments ont permis d'améliorer la sécurité et l'efficacité opérationnelle des hôpitaux de Santé Canada et d'autres établissements de santé. Ces projets portaient notamment sur l'amélioration des systèmes d'alimentation en carburant, la réparation des appareils et des systèmes de chauffage et l'installation de systèmes d'éclairage efficaces et de matériel à énergie solaire. Nous avons construit 11 établissements de santé, soit cinq postes sanitaires, quatre centres de santé et deux postes de soins infirmiers. Cela permet aux communautés des Premières nations et des Inuits d'avoir accès aux services de santé dans des établissements de santé modernes et durables. Le Ministère a construit 16 unités résidentielles à l'intention du personnel infirmier dans les collectivités éloignées et isolées. Dépenses liées aux établissements de santé et dépenses en capital : 9 510 584 $

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
SDMC : Augmentation entre 2003–2004 et 2004–2005 du pourcentage de collectivités fournissant des services de SDMC Travailler avec AINC pour élaborer une approche et un cadre concernant les soins de longue durée et continus dans les communautés des Premières nations et des Inuits Élaborer des options pour donner suite aux accords des premiers ministres sur les soins à domicile destinés aux communautés des Premières nations et des Inuits	Quatre-vingt-cinq pour cent des communautés des Premières nations et des Inuits ont accès à des services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC), ce qui représente une augmentation de 2 % par rapport à 2003–2004. Santé Canada continue de travailler en partenariat avec AINC, les Premières nations et les Inuits pour élaborer un cadre de prestation des soins de longue durée et des soins continus dans les communautés des Premières nations et des Inuits. On continue d'élaborer des options pour donner suite aux accords des premiers ministres sur les soins à domicile destinés aux communautés des Premières nations et des Inuits. Dépenses liées aux soins à domicile et en milieu communautaire : 95 248 945 $
Utilisation efficace des ressources de transport pour raison médicale afin de répondre aux besoins des clients de façon durable, c'est-à-dire mettre en œuvre le Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des soins de santé non assurés (SSNA).	L'objectif du Cadre de travail sur le transport pour raison médicale consiste à établir une infrastructure de politiques permettant de fournir des prestations de transport pour raison médicale qui sont uniformes, accessibles et rentables à l'échelle nationale. La version révisée du Cadre de travail sur le transport pour raison médicale sera prête en juillet 2005.
Améliorer la qualité des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits, c'est-à-dire mettre au point les normes d'agrément des programmes de santé communautaire des Premières nations accréditer neuf autres établissements d'exécution des programmes aider ces programmes à obtenir l'agrément et offrir une formation et un perfectionnement professionnel améliorés au personnel des centres de traitement en établissement et des programmes communautaires	Pour faire en sorte que les normes d'agrément des programmes de santé communautaire soient pertinentes sur le plan culturel, on a soumis plusieurs normes à des essais sur le terrain au sein des collectivités et on les a améliorées au moyen d'éléments culturels et traditionnels. Six nouvelles organisations ont entrepris le processus d'agrément, ce qui porte à plus de 40 le nombre total d'organisations des Premières nations et des Inuits qui ont des centres de traitement des toxicomanies, des centres de santé communautaire, des services de soins à domicile et de petits hôpitaux. Trois autres centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) ont obtenu l'agrément. Au total à ce jour, 18 centres de traitement du PNLAADA et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) ont été agréés, cinq centres ont participé au processus d'agrément et trois centres sont sur le point d'être de nouveau-agréés. À l'heure actuelle, on compte 58 centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ pour l'ensemble du Canada. La formation certifiée offerte par les établissements de formation reconnus a été établie comme procédure normalisée dans le cadre du PNLAADA. Nous avons continué d'appuyer les centres de traitement et les efforts qu'ils déploient pour offrir un éventail de possibilités de formation certifiée à leurs employés. Dépenses liées au PNLAADA : 44 539 914 $ Dépenses liées au PNLASJ : 12 072 244 $

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Coopérer et collaborer avec les communautés des Premières nations et des Inuits, les provinces, les territoires et les fournisseurs de services pour moderniser le système de santé et l'adapter aux besoins des Premières nations et des Inuits

Le Ministère a travaillé étroitement avec ses principaux partenaires, y compris les Premières nations et les Inuits, les provinces et les territoires, les associations de professionnels de la santé, les organismes non gouvernementaux nationaux et les chercheurs en santé, afin d'établir de solides partenariats aux échelons national, régional et communautaire. Au cours de l'année, nous avons poursuivi les travaux entrepris en collaboration avec diverses organisations pour mettre en œuvre des initiatives financées dans le cadre du volet autochtone du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (FASSP) comme des programmes de formation des sages-femmes, des projets de services sociaux et de santé et des projets de télésanté et pour améliorer la coordination et l'intégration des programmes fédéraux de DPE pour les Autochtones.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Rendre compte des travaux effectués avec les provinces et les territoires et en collaboration avec les OAN en vue de cerner les priorités communes et les possibilités de mesures collectives, par l'intermédiaire du comité consultatif FPT	Le 13 septembre 2004, à l'occasion d'une rencontre spéciale, les premiers ministres et les dirigeants autochtones se sont entendus pour travailler ensemble afin d'élaborer un plan directeur visant les Autochtones. Ce plan directeur a pour objectif central d'améliorer l'état de santé des Autochtones ainsi que les services de santé au Canada au moyen d'initiatives concrètes. Nous avons continué de travailler avec les provinces, les territoires et les groupes autochtones pour élaborer le Plan directeur sur la santé des Autochtones. En décembre 2004, les sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux se sont réunis et ont approuvé un cadre redditionnel sur la santé des Autochtones qui permet aux groupes autochtones de participer à l'élaboration d'un cadre complet.
Rendre compte du travail continu effectué en collaboration avec diverses organisations en vue de mettre en œuvre des initiatives financées dans le cadre du volet autochtone du FASSP, notamment des programmes de formation des sages-femmes, des projets de services sociaux et de santé et des projets de télésanté	Le Ministère a lancé l'Initiative d'intégration de la santé, qui vise à explorer, à élaborer et à analyser des modèles assurant une meilleure intégration des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits. L'objectif global consiste à améliorer l'accessibilité et la qualité des services, à mieux utiliser la capacité existante, à créer des économies d'échelle, à donner suite aux priorités des collectivités et à produire des solutions satisfaisantes pour les Premières nations et les Inuits et pour les partenaires provinciaux et territoriaux. Nous avons facilité et signé des ententes avec huit communautés des Premières nations afin d'entreprendre des projets d'intégration en partenariat avec leurs autorités régionales et de district respectives ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le Ministère continue d'analyser et de décrire des modèles de soins de santé primaires à l'intention des Premières nations et des Inuits. Ces activités comprennent l'analyse des politiques provinciales et territoriales sur les soins de santé primaires, y compris des modèles d'amélioration de la qualité et des liens avec les systèmes de santé des Premières nations et des Inuits, la tenue de discussions avec les intervenants des Premières nations et des Inuits afin de cerner les options offertes pour l'amélioration de la qualité, l'appui à l'amélioration continue de la qualité au moyen de l'agrément dans le contexte du système de santé des Premières nations, et la coordination en vue d'intégrer l'amélioration de la qualité et la planification de la santé à l'échelon communautaire.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Intégration des programmes fédéraux de DPE en collaboration avec AINC, RHDCC et DSC afin d'améliorer la coordination et l'intégration des programmes fédéraux de DPE pour les Autochtones	Santé Canada, RHDCC et AINC ont collaboré à l'élaboration d'un plan en vue d'appuyer la planification et la formation conjointes ainsi que le regroupement des programmes de garde d'enfants des Premières nations et des Inuits et du PAPAR. Santé Canada, RHDCC et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) ont collaboré pour élaborer la première activité conjointe de formation nationale à l'intention des travailleurs du domaine du DPE, intitulée *Growing Together Under One Sky*. Cette activité a rassemblé 1 000 participants du PAPAR, du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques et des projets de l'Initiative en matière de garde d'enfants chez les Premières nations et les Inuits (IGEPNI) pour mettre en commun les connaissances et les outils afin d'améliorer les programmes et les services communautaires de DPE.
Élaboration de plans de santé communautaire pour accroître la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits de répondre aux besoins en matière de santé, d'accroître la responsabilisation et d'assurer l'intégration des services dans la mesure du possible	Sept collectivités ont élaboré des plans de santé communautaire, que nous avons examinés et évalués. Ces collectivités de diverses régions du pays représentent un large éventail de types de collectivités, de populations et de degrés d'éloignement.
Mieux faire connaître les services de santé mentale et de soutien affectif et accroître la participation et l'accès à ces services, c'est-à-dire assurer l'accès au programme de soutien en santé mentale de Résolution des questions des pensionnats indiens Canada (RQPIC) afin de cerner et d'optimiser les services nécessaires pour les demandeurs ayant fréquenté des pensionnats indiens qui cherchent activement à obtenir réparation de la part du Canada devant les tribunaux Travailler en partenariat avec Résolution des questions des pensionnats indiens Canada (RQPIC)	Depuis que le programme a été établi, en 2003, 203 demandeurs ont eu accès à 715 séances de consultation auprès de professionnels de la santé mentale. Le Ministère a établi neuf postes de coordonnateur régional et a continué de fournir un soutien à diverses organisations autochtones ou liées aux Autochtones pour la création de 12 postes régionaux de travailleurs de soutien en santé de première ligne. Nous avons appuyé des activités nationales et régionales de formation du personnel et de mise en commun de l'information. Les efforts déployés en matière de formation étaient axés sur les compétences des clients et leurs rôles dans un système de soutien élargi. Le programme a permis d'appuyer la tenue du dernier Rassemblement national de la Fondation autochtone de guérison en juillet 2004. Cet événement a réuni des milliers d'anciens étudiants des pensionnats ainsi que leurs familles, des professionnels de la santé mentale et des chercheurs en vue de tenir des discussions et de partager l'information au sujet du mouvement de guérison lié aux pensionnats indiens. Dépenses liées aux pensionnats indiens : 1 980 146 $

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Améliorer la gestion de l'information et du savoir afin d'améliorer la prestation des services et des programmes de santé

Santé Canada doit relever divers défis pour harmoniser les besoins opérationnels, les exigences liées à la prestation des services de santé et les technologies de l'information et des communications. En 2004–2005, le Ministère a mis en place les nouveaux systèmes d'information sur les soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC) et sur le diabète et a mis à l'essai le Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI) dans deux centres de traitement de la région de l'Atlantique.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre l'accent sur le renouvellement du système de santé, c'est-à-dire mettre en œuvre la vision et le cadre stratégiques de cybersanté mettre en œuvre les nouveaux systèmes d'information sur les soins à domicile et le diabète mettre à l'essai un nouveau système de rapport sur les maladies transmissibles et les immunisations déployer le Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI)	On a mis au point la vision et le cadre stratégiques de cybersanté qui seront approuvés en 2005–2006. Le volet administratif de l'application des SDMC a été déployé avec succès dans 286 collectivités des Premières nations et son utilisation est obligatoire pour la présentation de rapports sur les accords de contribution relatifs aux soins à domicile visant les communautés des Premières nations et des Inuits. Le volet sur le diabète fait présentement l'objet d'un examen. La stratégie de santé publique relative au nouveau système de rapport sur les maladies transmissibles et l'immunisation a été adoptée. On a réussi l'examen technique du SNGITPNI et la mise à l'essai du système a été amorcée dans toutes les régions. Après la phase d'essai, le SNGITPNI sera déployé dans d'autres centres de traitement au cours de l'exercice 2005–2006.
Constitution d'un réseau national de fournisseurs de services de DPE pour les Autochtones	Le Cercle d'apprentissage à la petite enfance autochtone a été établi afin de faciliter l'échange de renseignements sur les pratiques exemplaires, la formation et les compétences professionnelles entre les travailleurs et les professionnels du domaine du DPE. Lancé en novembre 2004, ce réseau en ligne est mis à jour régulièrement afin de mieux répondre aux besoins du public cible.
Continuer de renforcer et de soutenir la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits de déterminer, de comprendre et de contrôler l'incidence de l'exposition aux contaminants de l'environnement par le biais d'activités communautaires de recherche, de surveillance et d'analyse en exécutant le Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations (PNCEPN) et le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (PLCN)	Nous avons continué de travailler en partenariat avec l'APN pour administrer et exécuter des projets communautaires de recherche en santé environnementale avec des communautés et des organisations des Premières nations. Nous avons appuyé 10 projets scientifiques au moyen d'un financement cumulatif de 1,3 million de dollars.

PRIORITÉ 5 : EN COURS

Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de responsabilisation efficaces qui amélioreront les pratiques de gestion de Santé Canada et des communautés des Premières nations et des Inuits

Le Ministère s'est engagé à appliquer les principes de diligence raisonnable et de reddition de comptes à la population en mettant en place des outils et des mécanismes pour mesurer les progrès et rendre compte des résultats. Cela comprend l'établissement d'exemples de réussite clairs et la mise en œuvre de modèles de responsabilisation efficaces pour les programmes et les services de santé des Premières nations et des Inuits. La reddition de comptes et la responsabilité sont partagées entre de multiples gouvernements, entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les communautés des Premières nations et des Inuits. Santé Canada attribue la responsabilité de la conformité aux lois et aux règlements en vigueur ainsi qu'aux pratiques comptables normalisées applicables à l'utilisation des fonds publics de même que la responsabilité relative au rendement et à la présentation de rapports sur les résultats. Nous avons élaboré de nouveaux outils de gestion des marchés, mis à jour les formulaires d'accord de financement pour les Premières nations et les Inuits, rationalisé les exigences et réduit le chevauchement en matière de rapports visant les Premières nations et les Inuits et renforcé la capacité de gestion et d'administration des bénéficiaires des accords de contribution visant les Premières nations et les Inuits.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mise en œuvre d'un plan de gestion des marchés afin de fournir une orientation sur les procédures de passation de marché	Des outils de gestion des marchés ont été élaborés, notamment une description du processus de passation de marché, un guide et des fiches de renseignements.
Rendre compte du processus de mise à jour annuelle des accords afin de perfectionner les accords de financement visant les Premières nations et les Inuits	Les résultats de la deuxième phase de la rationalisation des exigences en matière de rapports visant les Premières nations et les Inuits ont été intégrés aux formulaires d'accords de 2005–2006. Des modifications ont été apportées pour clarifier et rationaliser les dispositions relatives aux immobilisations et aux biens mobiliers.
Renforcer la capacité de gestion et d'administration des accords de financement mettre en œuvre la Stratégie de renforcement des capacités	Nous avons amorcé la préparation d'un manuel sur les accords de contribution et d'une trousse d'outils connexe à l'intention des bénéficiaires des accords de contribution visant les Premières nations et les Inuits afin de renforcer leur capacité de gestion et d'administration.
Renforcer la fonction d'évaluation au sein des programmes et des services des Premières nations et des Inuits, c'est à dire évaluer la Politique de transfert des services de santé et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) rendre compte de l'évaluation entreprise pour la Stratégie de DPE, les SDMC et le PNLAADA	L'évaluation de la Politique de transfert des services de santé a révélé que dans l'ensemble, cette politique a donné des résultats satisfaisants. L'évaluation révèle que les organisations des Premières nations et des Inuits ont grandement bénéficié de la politique, que la souplesse des services s'est accrue, que les programmes obligatoires sont exécutés et que la responsabilisation du chef et du conseil à l'égard des questions de santé s'est améliorée par rapport à la période précédant le transfert. L'évaluation a également permis de constater que plusieurs problèmes systémiques comme la durabilité, le cloisonnement de même que la capacité et la charge redditionnelles ont une incidence sur la réussite de la politique de transfert, même s'ils n'y sont pas directement reliés. D'après les conclusions de l'évaluation, le Ministère examinera l'autorisation de transfert en 2005–2006 et terminera l'examen du cadre de transfert en 2006–2007, pour une mise en œuvre en 2007–2008.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Les conclusions préliminaires de l'évaluation de l'IDA ont révélé que plus de 85 % des collectivités ont accès à des programmes de lutte contre le diabète. Parmi les facteurs qui ont contribué à la réussite de l'IDA, mentionnons la participation des Premières nations, des Inuits, des Métis et d'autres partenaires autochtones aux premières étapes, la tenue de consultations nationales, régionales et locales approfondies et l'établissement de comités directeurs, de sous-comités et d'organismes consultatifs pertinents. L'évaluation a également révélé que l'utilisation de renseignements adaptés à la culture et d'approches holistiques, dans l'établissement des programmes, a permis d'atteindre le public cible de l'IDA et que les ressources affectées au renforcement de la capacité, à l'extérieur des réserves et dans les réserves, favorisent l'exécution d'activités de prévention et de promotion efficaces. On a également cerné des problèmes comme l'observation des traitements par les patients et l'éloignement des collectivités. La première phase de la Stratégie de DPE a été examinée et les résultats éclairent les efforts que le gouvernement fédéral déploie pour élaborer une approche complète de « guichet unique » en vue d'améliorer l'intégration, la coordination, la responsabilisation et les rapports concernant les programmes fédéraux de DPE pour les Autochtones. Également dans le cadre de la Stratégie de DPE, des travaux ont été effectués en 2004–2005 en collaboration avec divers intervenants pour mettre au point le contenu de l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA). L'EEA, qui se déroulera à l'automne 2006, fournira des données sur les enfants autochtones de moins de six ans. Ces données sont importantes pour les Autochtones, les gouvernements et les autres parties intéressées. Le PNLAADA a jeté les bases de l'évaluation de l'ensemble du programme, qui doit avoir lieu en 2005–2006. La première phase de ce travail comprenait un examen exhaustif de la documentation, qui servira de fondement à un cadre d'évaluation des toxicomanies. Cet examen appuiera également l'élaboration d'une stratégie à long terme sur les toxicomanies fondée sur des données probantes qui entraînera l'exécution de plusieurs activités de recherche au fil du temps.
Rapport sur la rationalisation des exigences redditionnelles visant les Premières nations et les Inuits	Nous avons regroupé les calendriers de production de rapports afin de rationaliser le processus et de réduire le chevauchement, ce qui a entraîné une réduction du nombre d'éléments de données à déclarer. Les résultats ont été intégrés aux calendriers de production des rapports sur les accords de contribution de 2005–2006.

Résultat stratégique :
Des produits de santé et des aliments plus sûrs pour les Canadiens

Résultats pertinents dans « Le rendement du Canada » : Des Canadiens en meilleure santé ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Santé Canada contribue à maintenir et à améliorer l'état de santé des Canadiens en évaluant et en surveillant l'innocuité, la qualité et l'efficacité des médicaments, des vaccins, des matériels médicaux, des produits de santé naturels et des autres produits thérapeutiques ainsi que la salubrité et la qualité des aliments à la disposition des Canadiens. Notre mandat législatif englobe aussi l'évaluation et la surveillance de l'innocuité, de la qualité et de l'efficacité des médicaments vétérinaires vendus au Canada ainsi que de la salubrité des aliments provenant d'animaux traités avec ces médicaments. Santé Canada fournit aussi des renseignements en matière de santé faisant autorité et cherche à promouvoir des conditions qui permettent aux Canadiens de faire des choix sains et de prendre des décisions éclairées relativement aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition[5].

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	224,1	238,8	218,7
Revenus prévus	(40,7)	(40,7)	(34,7)
Dépenses nettes	183,4	198,1	184,0*
ETP	1 953	1 971	1 849

* *Représente 42,1 % des dépenses réelles du secteur d'activités Promotion et protection de la santé (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).*

[5] http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement supplémentaire pour l'ESB dans les secteurs de l'évaluation des risques et de la recherche ciblée
- financement supplémentaire pour la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT)
- transferts à d'autres ministères pour la Stratégie canadienne en matière de biotechnologie

Les dépenses réelles sont inférieures de 14 millions de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- report de fonds de la SAPT pour répondre aux besoins des années ultérieures comme l'Initiative sur l'innocuité des produits thérapeutiques
- rajustements de fin d'exercice et dépenses moins élevées qu'elles n'avaient été prévues dans divers programmes

Résultats intermédiaires

- Résultats positifs en matière de santé grâce à des produits de santé sûrs et efficaces et à des aliments salubres et nutritifs
- Contribution des scientifiques, des professionnels de la santé et de l'industrie du Canada à l'innovation en matière de santé et de santé publique
- Confiance du public dans l'innocuité des produits de santé, la salubrité des aliments et le système de réglementation

Résultats immédiats

- Accroissement de la rapidité, de la transparence et de la prévisibilité du processus de réglementation
- Collaboration internationale et coopération nationale accrues
- Meilleur partage de l'information avec les principaux partenaires ou intervenants dans le domaine de la science et de l'innovation en santé
- Sensibilisation accrue des Canadiens aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition et prise de décisions plus éclairées par les Canadiens
- Participation accrue du public à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques, des décisions réglementaires et des programmes relatifs aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition
- Conformité de l'industrie aux règlements et aux normes de sécurité

Priorités

- Transformer notre efficience, notre efficacité et notre capacité d'intervention à titre d'organe de réglementation
- Fournir de l'information faisant autorité pour aider les Canadiens à faire des choix judicieux et à prendre des décisions éclairées
- Accroître la sensibilité aux questions de santé publique et la vigilance en matière de sécurité et d'efficacité thérapeutique dans le monde réel
- Améliorer la transparence, l'ouverture et la reddition de comptes afin de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

Programmes	Dépenses réelles (en M $)[1]	Lien avec les résultats
Évaluation réglementaire avant la mise en marché et amélioration du processus	86.7	Effectuer un examen réglementaire avant la mise en marché des médicaments pour usage humain ou vétérinaire, des produits biologiques, des thérapies génétiques, des matériels médicaux, des produits de santé naturels et des aliments. Grâce à la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, continuer d'améliorer la rapidité, la transparence et la prévisibilité de ses examens avant la mise en marché des produits thérapeutiques pour usage humain en les comparant aux pratiques internationales de pointe, tout en maintenant les normes élevées d'innocuité et de salubrité de Santé Canada.
Information, éducation et sensibilisation concernant les produits de santé, les aliments et la nutrition	5.9	Favoriser les décisions éclairées et les choix judicieux chez les consommateurs, les patients et les professionnels de la santé grâce à une vaste gamme d'activités liées aux produits de santé et aux aliments, y compris par des politiques et des normes de nutrition comme le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.
Surveillance de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique et gestion des risques	82.9	Améliorer la surveillance après la mise en marché de l'innocuité et de l'efficacité thérapeutique en faisant preuve d'une plus grande vigilance à l'égard des questions liées à l'innocuité et à l'efficacité des produits thérapeutiques après leur commercialisation et en recueillant de l'information sur les réactions indésirables aux produits de santé au Canada. Cerner et évaluer les risques pour la santé et la sécurité et signaler tout problème au public et exécuter des activités de vérification de la conformité pour s'assurer que les produits de santé disponibles au Canada satisfont aux normes canadiennes et aux normes internationales d'innocuité, de qualité et d'efficacité.
Transparence, reddition de comptes au public et relations avec les intervenants	8.5	Renforcer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation grâce à l'augmentation du nombre d'activités visant à assurer la participation du public et à l'amélioration des plans et rapports annuels.

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Résumé

Les Canadiens se déclarent toujours très satisfaits de l'innocuité des produits de santé et de la salubrité des aliments qu'ils consomment. En qualité d'organisme fédéral responsable de la réglementation des produits de santé et des aliments, Santé Canada évalue et surveille l'innocuité, la qualité et l'efficacité de milliers de médicaments (pour usage humain et vétérinaire), de vaccins, de sang et de produits du sang, de thérapies biologiques et génétiques, de matériels médicaux et de produits de santé naturels, ainsi que la salubrité des aliments que les Canadiens consomment. L'un des éléments clés de nos fonctions consiste à fournir des renseignements utiles sur les risques et les avantages liés aux produits de santé et aux aliments afin que les Canadiens soient en mesure de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être.

Nos responsabilités continues en matière de réglementation portent sur l'ensemble du cycle de vie des produits de santé et des aliments—des essais cliniques à la surveillance, en passant par la conformité et l'application des règlements. Nos fonctions ont une portée considérable et visent au-delà de 22 000 médicaments pour usage humain et 40 000 matériels médicaux accessibles sur le marché canadien. De plus, nous faisons face à des défis liés à la rapidité du progrès technologique et des percées scientifiques. Nous relevons ces défis en faisant appel à des principes scientifiques objectifs et à une gestion efficace des risques pour prendre des décisions fondées sur des données probantes, afin de favoriser l'innocuité des produits de santé et la salubrité des aliments offerts aux Canadiens.

Notre Ministère a poursuivi la mise en œuvre de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT), qui a entraîné une amélioration considérable de la rapidité et de l'efficience de notre processus d'examen des produits thérapeutiques.

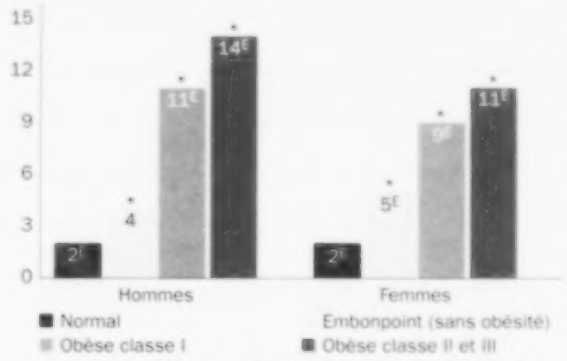
Nous avons également poursuivi l'élaboration d'un cadre de coopération internationale en matière de réglementation, afin d'établir des liens plus solides et une collaboration plus étroite dans ce milieu touché par une mondialisation croissante. Cette stratégie tournée vers l'avenir accroîtra l'efficience et l'efficacité des activités internationales qui nous permettent de suivre le rythme de la mondialisation, des tendances en matière de santé publique et du changement technologique. Dès lors, cette amélioration éclairera et renforcera nos mesures réglementaires nationales.

Le cadre national de politique alimentaire (CNPA) constitue une autre initiative importante que nous avons mise en œuvre de concert avec Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC), l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et d'autres intervenants. Cette initiative fédérale-provinciale-territoriale visait à assurer une collaboration et une coopération intergouvernementales plus efficaces en ce qui concerne les questions d'alimentation stratégiques et prioritaires. Elle facilitera également la mise en œuvre au niveau des programmes dans l'ensemble des secteurs de compétence et des portefeuilles ayant des responsabilités liées aux aliments. En fin de compte, cette initiative devrait nous permettre d'améliorer la gestion du système alimentaire du Canada, de renforcer la salubrité des aliments, d'accroître la contribution du système canadien d'alimentation à de saines habitudes alimentaires et d'appuyer un secteur de l'alimentation novateur, durable et prospère, de même que la protection et la promotion des intérêts des consommateurs.

Les Canadiens, les professionnels de la santé et les éducateurs sont de plus en plus avisés et compétents en gestion de la santé et cherchent à être plus informés pour prendre des décisions et faire des choix sains. Il est donc essentiel que les recommandations nutritionnelles de Santé Canada soient à jour et qu'elles tiennent compte des connaissances scientifiques courantes et de l'évolution du milieu de l'alimentation. La révision du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, qui s'est poursuivie au cours de l'exercice 2004–2005, permettra au Ministère de continuer de fournir des renseignements favorisant l'adoption d'habitudes alimentaires qui comblent les besoins nutritionnels, contribuent à la santé et réduisent les risques de maladies chroniques liées à la nutrition. L'obésité, plus prévalente au Canada depuis les 25 dernières années, est un important facteur qui rend les personnes plus susceptibles de développer des maladies telles que le diabète de type 2[6].

[6] http://www.statcan.ca/francais/research/82-620-MIF/82-620-MIF2005001.htm

Prévalence du diabète, selon la catégorie d'IMC et le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004 (%)



Source des données : Enquête de 2004 sur la santé dans les collectivités canadiennes : Nutrition.
* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie « Normal » ($p < 0,05$)
E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence)

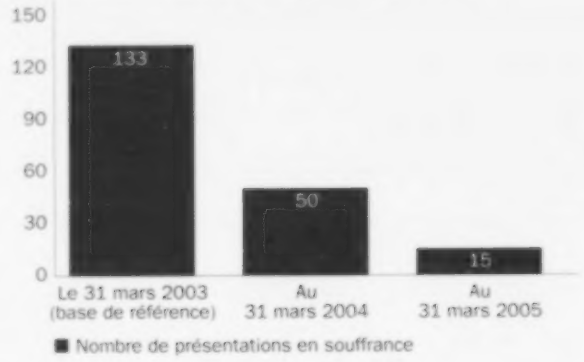
Les Canadiens veulent que leurs gouvernements soient attentifs, ouverts, transparents et responsables. À cette fin, nous avons élaboré et mis en œuvre des mécanismes efficaces pour nous assurer que les Canadiens et les intervenants sont correctement informés, que leurs points de vue sont entendus et que les gouvernements sont tenus responsables de la manière dont l'expertise et l'avis du public sont utilisés.

En 2004–2005, ces initiatives et d'autres mesures faisaient collectivement partie de quatre priorités axées sur l'innocuité des produits de santé et la salubrité des aliments à l'intention des Canadiens.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Transformer notre efficience, notre efficacité et notre capacité d'intervention à titre d'organe de réglementation

Le Canada, comme les autres principaux pays industrialisés, est confronté à des défis et des possibilités liés à l'évolution rapide de la technologie et des sciences. Les Canadiens s'attendent à avoir accès à des produits thérapeutiques novateurs et à des aliments salubres au moment opportun. Pour ces raisons, d'énormes pressions sont exercées pour que notre système de réglementation et nos ressources scientifiques tiennent le rythme afin que les Canadiens aient confiance dans nos normes élevées de salubrité et que l'industrie bénéficie d'un milieu de réglementation comparable à celui des pays étrangers. L'utilisation efficace des ressources et des connaissances d'autres organismes et gouvernements favorise des décisions plus éclairées, uniformes et opportunes. Elle peut également entraîner l'élaboration de normes et de pratiques conjointes, promouvoir l'innovation technologique et en fin de compte permettre un meilleur accès des Canadiens aux produits et méthodes thérapeutiques les plus récents. Au cours de l'exercice 2004–2005, nous avons réalisé de nets progrès en matière d'efficience, d'efficacité et de réceptivité réglementaires, comme l'atteste notre rendement au regard de nos engagements.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Atteindre 90 % des objectifs de rendement visant l'examen des présentations de nouveaux médicaments en 2005–2006 pour les produits pharmaceutiques et en 2006–2007 pour les produits biologiques et les thérapies génétiques, y compris l'élimination des arriérés de présentations[1]. Santé Canada atteindra cet objectif sans compromettre la sécurité publique en restructurant ses processus d'examen, en augmentant sa capacité scientifique et en appliquant la gestion de projet et d'autres systèmes qualité aux processus d'examen. Le Ministère appliquera également ces systèmes aux présentations de médicaments génériques et à usage vétérinaire et aux nouveaux aliments	De nouveaux investissements, par le biais de la SAPT, ont permis de réduire de 89 % l'arriéré de présentations de drogues nouvelles d'avril 2003 à mars 2005. Dans le secteur des produits biologiques, l'arriéré des présentations de drogues nouvelles a diminué de 7 % au cours de la même période. En 2004, 25 % des décisions réglementaires touchant des présentations de drogues nouvelles ont été prises dans les délais prescrits, soit près du double du pourcentage de 2003—13 %. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/index_f.html **Progrès réalisés dans la réduction de l'arriéré des présentations de drogues nouvelles**  Nous continuons à mettre en place des outils de gestion et d'amélioration pour atteindre les objectifs de rendement. De plus, nous avons dépassé notre objectif de rendement de 90 % pour l'examen des présentations de médicaments à usage vétérinaire datant de plus de 18 mois au 1er avril 2004, conformément à notre engagement pris dans le RPP de 2004 à appliquer des moyens et des méthodes pour les présentations non financées par la SAPT. Nous élaborons actuellement des systèmes de qualité pour l'examen des aliments nouveaux. Ce faisant, nous améliorons la transparence en affichant des données sur Internet et en faisant participer des experts externes aux décisions touchant les aliments.
Mettre en œuvre des stratégies qui appuient les engagements pris préalablement auprès de l'industrie, des groupes de patients ou de consommateurs et d'autres intervenants du développement des médicaments	Les mesures prises comportaient l'augmentation de la représentation aux réunions avec les intervenants de l'industrie portant sur les demandes d'essais cliniques préalables, grâce à l'intégration d'examinateurs scientifiques des secteurs clinique, chimique et manufacturier.

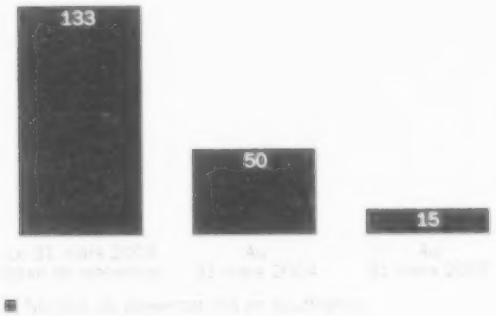
Prévalence du diabète, selon la catégorie d'IMC et le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004 (%)

Les Canadiens veulent que leurs gouvernements soient attentifs, ouverts, transparents et responsables. À cette fin, nous avons élaboré et mis en œuvre des mécanismes efficaces pour nous assurer que les Canadiens et les intervenants sont correctement informés, que leurs points de vue sont entendus et que les gouvernements sont tenus responsables de la manière dont l'expertise et l'avis du public sont utilisés.

En 2004-2005, ces initiatives et d'autres mesures faisant collectivement partie de quatre priorités axées sur l'innocuité des produits de santé et la salubrité des aliments à l'intention des Canadiens

Transformer notre efficience, notre efficacité et notre capacité d'intervention à titre d'organe de réglementation

Le Canada, comme les autres principaux pays industrialisés, est confronté à des défis et des possibilités liés à l'évolution rapide de la technologie et des sciences. Les Canadiens s'attendent à avoir accès à des produits thérapeutiques novateurs et à des aliments salubres au moment opportun. Pour ces raisons, d'énormes pressions sont exercées pour que notre système de réglementation et nos ressources scientifiques tiennent le rythme afin que les Canadiens aient confiance dans nos normes élevées de salubrité et que l'industrie bénéficie d'un milieu de réglementation concurrentiel à celui des pays étrangers. L'utilisation efficace des ressources et des connaissances d'autres organismes et gouvernements facilitera des décisions plus éclairées, uniformes et opportunes. Elle peut également entraîner l'élaboration de normes et de pratiques conjointes, promouvoir l'innovation technologique et, en fin de compte, permettre un meilleur accès des Canadiens aux produits et méthodes thérapeutiques les plus récents. Au cours de l'exercice 2004-2005, nous avons réalisé de nets progrès en matière d'efficience, d'efficacité et de réceptivité réglementaires, comme l'atteste notre rendement au regard de nos engagements.

Attendre 90 % des objectifs de rendement visant l'examen des présentations de nouveaux médicaments en 2005-2006 pour les produits pharmaceutiques et en 2006-2007 pour les produits biologiques et les thérapies génétiques, y compris l'élimination des arriérés de présentations. Santé Canada atteindra cet objectif sans compromettre la sécurité publique en restructurant ses processus d'examen, en augmentant sa capacité scientifique et en appliquant la gestion de projet et d'autres systèmes qualité aux processus d'examen. Le Ministère appliquera également ces systèmes aux présentations de médicaments génériques et à usage vétérinaire et aux nouveaux aliments.	De nouveaux investissements, par le biais de la SAPT, ont permis de réduire de 89 % l'arriéré de présentations de drogues nouvelles d'avril 2003 à mars 2005. Dans le secteur des produits biologiques, l'arriéré des présentations de drogues nouvelles a diminué de 7 % au cours de la même période. En 2004, 25 % des décisions réglementaires touchant des présentations de drogues nouvelles ont été prises dans les délais prescrits, soit près du double du pourcentage de 2003 — 13 %. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/index_f.html **Progrès réalisés dans la réduction de l'arriéré des présentations de drogues nouvelles**  Nous continuons à mettre en place des outils de gestion et d'amélioration pour atteindre les objectifs de rendement. De plus, nous avons dépassé notre objectif de rendement de 90 % pour l'examen des présentations de médicaments à usage vétérinaire datant de plus de 18 mois au 1er avril 2004, conformément à notre engagement pris dans le RPP de 2004 à appliquer des moyens et des méthodes pour les présentations non financées par la SAPT. Nous élaborons actuellement des systèmes de qualité pour l'examen des aliments nouveaux. Ce faisant, nous améliorons la transparence en affichant des données sur Internet et en faisant participer des experts externes aux décisions touchant les aliments.
Mettre en œuvre des stratégies qui appuient les engagements pris préalablement auprès de l'industrie, des groupes de patients ou de consommateurs et d'autres intervenants du développement des médicaments.	Les mesures prises comportaient l'augmentation de la représentation aux réunions avec les intervenants de l'industrie portant sur les demandes d'essais cliniques préalables, grâce à l'intégration d'examinateurs scientifiques des secteurs clinique, chimique et manufacturier.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre en œuvre de bonnes pratiques d'orientation en vue d'aider l'industrie à améliorer la qualité des présentations et de bonnes pratiques d'examen pour assurer des examens de qualité élevée	Au chapitre des bonnes pratiques d'examen, nous avons harmonisé les nouveaux formulaires d'examen et les procédures opérationnelles normalisées afin de pouvoir recevoir les présentations dans le format Common Technical Document (CTD) de la Conférence internationale sur l'harmonisation. Plusieurs pays, dont le Canada, les États-Unis, les pays d'Europe, le Japon et l'Australie, utilisent ce format. L'utilisation d'un format international commun facilite le dépôt simultané des présentations dans divers pays, ce qui contribue à réduire le fardeau réglementaire imposé aux fabricants. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/applic-demande/guides/qualit/prod/index_f.html Nous élaborons un cadre de bonnes pratiques d'orientation, afin d'appuyer le dépôt de présentations de qualité supérieure par l'industrie. Un processus et des procédures opérationnelles normalisées ont été définis pour la rédaction des documents d'orientation et ils font actuellement l'objet d'un examen. Nous avons effectué une évaluation des besoins en orientation au cours de l'été 2004 par le biais de consultations internes et externes. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/consultation/ggp_grp_notice_bpld_bpe_avis_f.html
Continuer d'appuyer la recherche scientifique dans divers domaines liés aux nouvelles technologies, comme les thérapies génétiques et les systèmes de délivrance des nouveaux médicaments, en vue de mieux guider l'industrie relativement aux exigences réglementaires et d'étayer l'examen des pratiques	Nous avons mené des recherches sur les thérapies génétiques visant à réduire les caillots de sang et sur les systèmes de délivrance de nouveaux médicaments. Les documents scientifiques faisant état des résultats de nos recherches ont été publiés dans des publications scientifiques internationales examinées par les pairs, comme *Biochem Cell Biology* et *Biochemical and Biophysical Research Communications*.
Élaborer un cadre de gérance de la biotechnologie afin de faciliter la mise en place responsable des nouvelles découvertes au moyen de mécanismes de réglementation nouveaux et appropriés et évaluer l'établissement d'un code de pratique applicable à tous les intervenants qui entreprennent des activités de politique, de réglementation et de recherche	Le Ministère a reçu 360 000 $ du Fonds de la Stratégie canadienne de la biotechnologie pour appuyer l'élaboration d'un cadre et mener des recherches relativement à un code de pratique canadien en matière de biotechnologie. En 2004–2005, nous avons effectué une consultation fédérale sur une ébauche de cadre. Nous avons proposé un code de pratique pour la mise en œuvre du cadre visant à appuyer les activités de politique, de réglementation et de recherche. Un atelier gouvernemental initial a eu lieu dans le but d'examiner la portée et l'orientation du code. L'initiative devrait prendre fin d'ici 2007.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre en œuvre un nouveau protocole d'entente (PE) avec la *U.S. Food and Drug Administration* en vue d'appuyer un processus plus efficace d'évaluation des produits thérapeutiques qui permet au public d'accéder plus rapidement aux nouvelles thérapies importantes et de détecter plus rapidement les risques associés aux produits de santé commercialisés	Le Ministère a retenu plusieurs priorités mentionnées dans le plan de mise en œuvre du PE : • effectuer une comparaison rétrospective entre le Canada et les É.-U. en ce qui concerne l'examen des présentations de médicaments; • exécuter un projet pilote sur le partage des dossiers d'examen; • se tenir mutuellement au courant des essais cliniques réalisés dans chaque pays; • partager les renseignements touchant l'innocuité des médicaments, y compris les mises en garde publiques sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) inhibiteurs sélectifs de la COX-2; ces médicaments sont utilisés pour contrôler la douleur et l'inflammation associées aux maladies rhumatismales et à d'autres affections moins graves.
Exécuter, avec la *Therapeutic Goods Administration (TGA)* australienne, un projet pilote sur l'examen conjoint des présentations de produits qui permet au Ministère d'échanger l'information tout en maintenant ses normes élevées d'efficacité, de qualité et de sécurité	En avril 2004, nous avons signé un PE avec la TGA sur le partage de renseignements généraux en vue de faciliter l'échange de logiciels conçus pour réduire le nombre d'erreurs médicales et d'engager des discussions sur l'élaboration d'un processus conjoint d'examen des présentations de produits. Le projet pourrait servir de modèle pour une collaboration entre les deux organisations relativement à la réglementation des médicaments à risque élevé. En outre, nous avons signé un PE élargi avec Food Standards Australia/ New Zealand afin de collaborer sur des questions d'intérêt mutuel, y compris l'évaluation des aliments nouveaux, l'évaluation quantitative du risque microbien et les allégations thérapeutiques concernant les aliments et l'enrichissement des aliments.
Élaborer une stratégie internationale de coopération en matière de réglementation afin d'établir une approche à long terme de la collaboration internationale dans des domaines comme les aliments, la nutrition et les produits de santé	Nous avons consulté d'autres ministères et organismes (p. ex. le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et le Bureau du Conseil privé) et d'autres intervenants en politiques (p. ex. le Policy Research Institute) dans l'élaboration d'un cadre qui sera publié à l'automne 2005. Cet outil nous permettra de mener des activités internationales selon une approche plus stratégique et davantage axée sur les résultats à l'appui de la SAPT.
Mettre en œuvre un système de gestion de l'information de laboratoire (SGIL) pour appuyer les activités liées aux produits biologiques et aux thérapies génétiques afin de faire accréditer nos laboratoires conformément aux normes de qualité internationales	Nous avons effectué des essais en laboratoire aux fins d'établissement d'un SGIL et inventorié les données relatives aux produits biologiques pouvant présenter un risque élevé.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Continuer de travailler avec le Japon, l'Union européenne et les États-Unis afin de réduire les essais en double sur les nouveaux médicaments, entre autres collaborer avec le *National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC)* du Royaume-Uni en vue d'améliorer l'échange d'information sur la recherche et sur les méthodes d'essai	Afin de réduire le double emploi, nous avons continué de participer à des groupes d'experts de la CIH (Conférence internationale sur l'harmonisation), particulièrement en ce qui a trait à la qualité des produits biologiques pour lesquelles d'importantes lignes directrices seront bientôt affichées sur notre site Internet. Nous avons également siégé dans des groupes de travail du Ministère sur la CIH, entre autres dans le groupe traitant de l'« après-commercialisation » et dans un nouveau groupe. Ces travaux auront une incidence directe sur les bases de données relatives aux médicaments, sur l'échange de renseignements touchant les médicaments et sur l'innocuité des médicaments. Nous avons engagé des discussions avec le NIBSC au sujet d'un PE prévoyant le transfert de certaines techniques et méthodes d'essai pour les nouveaux médicaments. Toutefois, le PE n'a pu être mis au point, en raison de divers facteurs dont la restructuration du NIBSC et certaines priorités comme l'examen par les pairs à Santé Canada. Nous nous efforcerons de le mettre au point d'ici la fin de 2005–2006.
Mettre en œuvre un système d'examen électronique pour moderniser notre approche à l'égard des présentations de produits de santé et améliorer l'accessibilité de l'information durant le processus d'examen et tout au long du cycle de vie des produits	Le projet d'examen électronique est une initiative pluriannuelle qui a pour but d'établir un système électronique entièrement automatisé afin de faciliter la présentation et l'examen des médicaments et des produits thérapeutiques et de nous maintenir au niveau des principaux organismes de réglementation, de la Conférence internationale sur l'harmonisation (CIH), de l'industrie pharmaceutique et des associations de services de santé. Au cours de l'exercice 2004–2005, nous avons déployé le système de suivi et commencé à mettre à l'essai le Système de gestion de l'information sur les dossiers et les documents. De plus, nous avons poursuivi l'élaboration du nouveau système de distribution de médicaments vétérinaires d'urgence. Environ 15 000 dossiers, dont certains dataient de 1980, ont été transférés avec succès du système actuel au nouveau système.
Élaborer un nouveau cadre de réglementation afin de mettre en place les normes les plus rigoureuses de la CIH pour les pratiques de fabrication de médicaments, afin de renforcer la surveillance réglementaire de la qualité des ingrédients pharmaceutiques actifs que contiennent les médicaments utilisés par les Canadiens	Dans le cadre de notre engagement soutenu à élaborer, à adopter et à mettre en œuvre des normes techniques internationales pour la création, l'homologation et le contrôle des produits pharmaceutiques, nous avons continué de participer activement aux travaux de la CIH. En outre, nous avons publié un certain nombre de documents d'orientation, aux fins de consultations de l'industrie en 2004–2005. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index_f.html
Commencer à mettre en œuvre le Règlement sur les produits de santé naturels (PSN) présenté en janvier 2004	Nous avons consacré plus de 10 millions de dollars à la mise en œuvre d'un cadre devant permettre aux Canadiens d'avoir accès à des PSN sûrs, efficaces et de haute qualité, tout en protégeant la liberté de choix et la diversité philosophique et culturelle. Grâce aux renseignements supplémentaires inscrits sur les étiquettes des PSN, les consommateurs seront davantage en mesure de prendre des décisions éclairées. De plus, le fait que les produits soient assujettis à un examen réglementaire accroîtra la confiance des consommateurs dans l'innocuité et l'efficacité des PSN et les convaincra que les allégations relatives à la santé sont fondées sur des données probantes. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre en œuvre une nouvelle ligne directrice qui établira les attentes réglementaires pour l'inclusion d'enfants dans les essais cliniques sur les produits thérapeutiques	Le nombre de médicaments étiquetés pour un usage pédiatrique est limité. Le Ministère élabore donc de nouvelles lignes directrices afin d'inciter les fabricants à joindre à leurs présentations des renseignements sur la posologie pédiatrique, lorsque ce type d'étiquetage existe dans d'autres pays. En 2004–2005, nous avons commencé à recevoir des données d'étiquetage pédiatriques. Cette initiative permettra d'accroître la sécurité et l'efficacité grâce à un étiquetage donnant plus d'information sur l'utilisation du médicament auprès des enfants. De plus, des projets de modification au Règlement sur les aliments et drogues ont été publiés dans la Partie I de la *Gazette du Canada*. Les modifications proposées contiennent une disposition qui accorde une prolongation de la période de protection des données aux fabricants qui effectuent des études cliniques pédiatriques ou qui peuvent fournir des données provenant d'études pédiatriques menées ailleurs par eux-mêmes.

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Donner des informations faisant autorité pour que les Canadiens et les Canadiennes fassent des choix sains et prennent des décisions éclairées

Les Canadiens continuent de rechercher activement des renseignements fiables et fondés sur des données probantes, afin de faire des choix sains en matière de santé. L'information nutritionnelle peut contribuer de manière positive à la protection et à la promotion de la santé. En conséquence, en 2004–2005, nous avons accru nos efforts visant à fournir des renseignements fondés et à jour sur les aliments, la nutrition et les produits de santé, notamment en distribuant deux millions d'exemplaires du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* (GACMS). La page Web du GACMS a enregistré une augmentation du nombre de visites de 15 %, devenant la page la plus consultée du site Internet de Santé Canada[7].

Les Canadiens comptent parmi les plus grands consommateurs d'acides gras trans au monde. Or, selon les données scientifiques, les gras trans accroissent le risque de maladie du cœur. Afin d'aider le public à réduire sa consommation de gras trans, nous avons annoncé l'étiquetage obligatoire des gras trans contenus dans les produits alimentaires à compter du 1er janvier 2003 et sommes ainsi devenus le premier pays à prendre ce type de mesure. Au cours de l'exercice 2004–2005, nous avons maintenu notre engagement à mettre en place un nouveau règlement sur l'étiquetage nutritionnel exigeant que les gras trans figurent sur les étiquettes de la plupart des aliments préemballés, d'ici le 12 décembre 2005. Des tableaux de valeur nutritive ont déjà commencé à apparaître sur les étiquettes de produits alimentaires et ils seront obligatoires à compter de décembre 2005. De plus, en 2004–2005, nous avons consacré 300 000 $ à l'établissement d'un groupe d'étude multipartite chargé d'examiner et de recommander des moyens de réduire sensiblement la quantité de gras trans dans l'alimentation des Canadiens et de faciliter des choix alimentaires sains[8].

Plus de 70 % des Canadiens considèrent, compte tenu de ces initiatives et d'autres efforts, que le Ministère a accompli un travail allant de satisfaisant à excellent en élaborant le GACMS et 67 % jugent qu'il incite la population à adopter un mode de vie sain[9].

7 http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_f.html

8 http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/index_f.html

9 Rapport à Santé Canada : enquête sur le rendement annuel de 2005, The Strategic Counsel, mars 2005.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Examiner les lignes directrices en matière d'alimentation, y compris le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, afin de s'assurer qu'elles continuent de promouvoir des habitudes d'alimentation qui répondent aux besoins nutritifs, favorisent la santé et réduisent les risques de maladie chronique d'origine alimentaire. L'examen permettra de s'assurer que ces lignes directrices tiennent compte des données probantes les plus récentes sur le lien entre l'alimentation et la santé et qu'elles offrent une information faisant autorité pour aider les Canadiens à faire des choix alimentaires sains	Nous avons effectué des recherches afin de trouver des moyens de rendre nos recommandations nutritionnelles, y compris le GACMS, plus généralement applicables et plus attrayantes pour les Canadiens. Nous avons appliqué des modèles en matière d'alimentation pour orienter l'intégration des quantités et des types de groupes d'aliments au GACMS. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/revision/index_f.html Nous avons émis deux nouvelles recommandations sur l'alimentation du nourrisson et distribué aux professionnels de la santé quelque 40 000 documents d'information, sous forme de documents imprimés, de documents Web ou d'encarts dans les publications spécialisées. http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/infant_feeding_f.html
Continuer de sensibiliser les Canadiens aux exigences d'étiquetage nutritionnel entrées en vigueur en 2003 et à la façon d'utiliser les étiquettes pour faire des choix alimentaires sains	Un nouveau règlement, publié le 1er janvier 2003, a rendu l'étiquetage nutritionnel obligatoire pour la plupart des aliments. Nous avons diffusé plus de 300 000 exemplaires de la fiche détachable sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des consommateurs et plus de 30 000 affiches, ainsi que des ressources documentaires ciblant les Premières nations et les Inuits. De plus, nous avons rédigé une série d'articles pour les médias. http://www.hc-sc.gc.ca/index_f.html http://www.phac-aspc.gc.ca/guide/
Rendre accessibles au public des documents qui exposent les raisons scientifiques et axées sur le risque sur lesquelles se fondent nos décisions concernant les produits de santé, les aliments et la nutrition	Le sommaire des motifs de décision (SMD) expose les motifs justifiant l'octroi d'une autorisation de mise en marché reposant sur des données scientifiques probantes et sur un examen des risques et des avantages. En mai 2004, dans le cadre d'un projet pilote, nous avons publié des renseignements sur la manière dont nous avions décidé d'autoriser la mise en marché de deux nouveaux médicaments et d'un matériel médical. En juin 2004, nous avons consulté les intervenants sur l'ensemble de l'initiative. La première étape du projet des SMD, lancée en janvier 2005, a consisté à élaborer les SMD, à les publier et à les afficher sur le site Web. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index_f.html Nous avons aussi publié quatre numéros du Bulletin canadien des effets indésirables. Le Bulletin a rejoint 64 000 médecins canadiens, de même que 1 300 médecins des États-Unis et 404 médecins d'autres pays. De plus, 28 000 copies ont été postées à des pharmaciens et à d'autres parties intéressées. Le Bulletin a été affiché sur notre site Web et transmis à 10 000 abonnés par l'intermédiaire de la liste électronique d'envoi d'information sur les produits de santé. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Nous avons intensifié la campagne de sensibilisation de Santé Canada en distribuant des macarons aimantés portant des messages relatifs à la salubrité des aliments pour consommateurs potentiellement vulnérables, dont les étudiants universitaires qui vivent loin de leur famille et, dans certains cas, s'initient à la cuisine. En outre, nous avons continué de promouvoir les messages de base de la campagne de réduction des risques d'origine alimentaire « À bas les bactéries! ». Une annonce télévisée de 2002, contenant ces messages et décrivant les techniques de cuisson appropriées, a été rediffusée en 2004. http://www.canfightbac.org/francais/indexf.shtml
À compter de 2004, améliorer les exigences des monographies de produits pour les médicaments; entre autres, ajouter une nouvelle section sur l'information aux consommateurs	Les travaux ont été achevés et un compte rendu diffusé dans le Rapport sur le rendement ministériel de Santé Canada pour la période se terminant le 31 mars 2004.
Mettre en place un site Internet amélioré sur la biotechnologie en 2004–2005 afin de répondre plus efficacement aux besoins des consommateurs	Nous avons mis au point une architecture d'information (AI) pour notre site Internet sur la biotechnologie, qui met l'accent sur le système de réglementation pour les aliments, la santé, l'environnement et les médicaments et produits de santé issus de la biotechnologie. Plus de la moitié du contenu du site a été rédigée et révisée.
Continuer d'utiliser d'autres outils de communication, par exemple des fiches de renseignements, des brochures et des expositions, pour accroître la confiance et la sensibilisation à l'égard de la biotechnologie liée à la santé	L'exposition sur la biotechnologie a été présentée à trois endroits, où le public cible était principalement composé de membres de l'industrie et du milieu universitaire. Nous avons distribué des fiches de renseignements et du matériel promotionnel ayant trait à notre site Internet sur la biotechnologie.
Investir 240 000 $ au cours des trois prochaines années pour créer un réseau de recherche qui enquêtera sur l'utilisation des plantes médicinales chez les Cris afin de prévenir et peut-être de traiter le diabète de type 2	Nous avons consulté les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Institut de la santé des Autochtones (ISA). Un financement a été accordé pour faciliter la participation de l'ISA aux futurs partenariats de recherche et permettre un investissement plus important du Programme de recherche sur les produits de santé naturels (PRPSN) dans les futurs projets de recherche.
Allouer 300 000 $ sur trois ans à un réseau de recherche sur les produits de santé naturels qui regroupera des chercheurs universitaires de pointe et des praticiens de la santé naturelle	Le Réseau interdisciplinaire canadien de recherche sur les médecines alternatives et complémentaires (INCAM) en est à la deuxième année d'une enveloppe financière de cinq ans. En 2004–2005, dans le cadre d'un partenariat avec les IRSC, le PRPSN a engagé 50 000 $ sous forme de contribution à un investissement pluriannuel total de 300 000 $, pour établir un réseau de recherche sur les produits de santé naturels. http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/16458.html

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Augmenter notre réactivité face à la santé publique et faire preuve d'une plus grande vigilance relativement à l'efficacité thérapeutique dans le monde réel

Les Canadiens s'attendent à ce que les aliments et les produits thérapeutiques mis en vente au Canada soient sûrs. À cette fin, nous avons entrepris un certain nombre d'activités continues afin de renforcer notre capacité de surveiller et de résoudre les problèmes liés à la santé publique, y compris ceux qui touchent les enfants. Nous avons également accru la sensibilisation à la déclaration des effets indésirables et à la communication des risques, par divers moyens, notamment des bulletins et des avis. Un vaste sondage d'opinion publique mené en décembre 2003 auprès des consommateurs et des professionnels de la santé[10] a continué de livrer de l'information sur les améliorations à apporter pour accroître l'efficacité des méthodes de communication de renseignements sur la salubrité des produits de santé. Ce sondage nous a permis non seulement de faire plus pour réduire les risques et optimiser la salubrité des produits pour les Canadiens, mais également d'accroître notre capacité d'appuyer la prise de décisions éclairées en matière de santé.

Lorsque des rapports externes ont révélé une concentration de produits chimiques d'ignifugation plus élevée dans le saumon d'élevage que dans le saumon sauvage, nous avons effectué des recherches pour mieux comprendre les effets toxiques de ce type de produit sur les humains selon les diverses sources d'exposition. Les données recueillies nous ont permis de déterminer que la concentration dans les aliments, plus précisément dans le poisson d'élevage, n'entraînait pas de risque inacceptable pour la santé. Nous poursuivrons nos activités de recherche aux échelons national et international pour nous assurer que la consommation de ces produits ne présente pas de risque pour la santé.

Notre collaboration avec l'ACIA renforcera considérablement les mesures canadiennes de securité relatives à l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB); nous serons ainsi beaucoup plus en mesure de prévenir les crises, de protéger la santé des animaux et d'assurer la salubrité des aliments. Nos activités liées à l'établissement de limites maximales de résidus (LMR) pour les résidus de médicaments vétérinaires contenus dans les aliments provenant d'animaux traités permettent de s'assurer que ces résidus ne présentent aucun risque lorsqu'ils sont ingérés par les humains tout au long de leur vie.

Les Canadiens réagissent positivement à ces initiatives et aux mesures connexes : 70 % de la population considère que le Ministère a accompli un travail allant de bon à excellent pour ce qui est d'assurer l'innocuité des produits pharmaceutiques et la salubrité des aliments[11].

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Déterminer et évaluer les risques pour la santé et la sécurité associés aux produits, alerter le public et gérer ces risques, en partageant les responsabilités avec l'industrie, les intervenants et les Canadiens	Nous avons maintenu la liste d'envoi électronique d'information sur les produits de santé, qui compte 10 000 abonnés, soit une augmentation de 18 % par rapport à l'année précédente. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/subscribe-abonnement/index_f.html L'envoi comportait le Bulletin canadien des effets indésirables, publication trimestrielle qui alerte les professionnels de la santé relativement aux effets indésirables déclarés au Canada. Le Bulletin est considéré comme une source d'information qui fait autorité et est cité dans les revues professionnelles de médecine et de santé et dans les médias, ce qui révèle un vif intérêt à l'égard de l'innocuité des médicaments. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/index_f.html

[10] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index_f.html

[11] Rapport à Santé Canada : enquête sur le rendement annuel de 2005, The Strategic Counsel, mars 2005.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Dans le cadre de nos efforts soutenus de communication des risques associés aux produits de santé, nous avons affiché 115 « avis » sur le site Internet — 60 pour les professionnels de la santé et 55 pour le public, y compris un sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) du sous-groupe des inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2), ce qui représente une augmentation de 51 % comparativement à l'année précédente. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2004/2004_69_f.html
Prendre des mesures afin de mieux protéger les aliments contre les risques liés à l'EBS ou « maladie de la vache folle » en interdisant l'entrée de certains articles à risque dans la chaîne alimentaire humaine	Le Ministère a dépensé 2 millions de dollars pour les mesures de sécurité relatives à l'ESB, y compris l'évaluation et la recherche relatives aux risques que représente pour les Canadiens la consommation de bœuf et de produits du bœuf canadiens. En collaboration avec l'ACIA, nous avons mis en vigueur de nouvelles mesures de contrôle des aliments pour animaux et accru la surveillance, ce qui renforcera sensiblement les mécanismes de sécurité canadiens relatifs à l'ESB; nous serons ainsi beaucoup plus en mesure de prévenir les crises, de protéger la santé des animaux et d'assurer la salubrité des aliments.
Accroître la capacité globale de réaction aux problèmes de santé et de sécurité publiques associés aux aliments, à la nutrition et aux produits de santé et élaborer un nouveau programme pour évaluer l'efficacité thérapeutique des produits de santé vendus sur le marché	Nous avons utilisé une base de données pour stocker, évaluer et extraire les déclarations d'effets indésirables de médicaments. Des évaluations de causalité ont été effectuées sur 1 000 déclarations. De plus, nous avons amélioré les activités d'évaluation des rapports périodiques sur l'innocuité (PSUR) pour les médicaments vétérinaires et nous avons commencé à intégrer l'utilisation de ces documents aux évaluations préalables et postérieures à la commercialisation des produits. Les rapports PSUR sont produits par les fabricants de médicaments et résument les antécédents relatifs à l'innocuité et à l'efficacité d'un produit de santé après sa mise sur le marché, à l'échelle mondiale. Nous avons amorcé l'élaboration de rapports trimestriels sur la nature et l'origine possible des effets indésirables déclarés. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/vet/advers-react-neg/index_f.html Nous avons élaboré et achevé l'analyse de l'accessibilité de renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité des produits de santé pour les enfants, de même que sur les aliments sains et nutritifs que ceux-ci peuvent consommer. Cette analyse a jeté les bases du Bureau des initiatives pédiatriques qui sert de centre de référence pour l'application d'une approche intégrée à un certain nombre de questions touchant les enfants — alimentation et nutrition, innocuité des médicaments et des vaccins, autres produits thérapeutiques et diagnostiques. De plus, nous avons contribué financièrement et participé à l'élaboration de normes nationales sur la sûreté du sang et publié des lignes directrices sur les bonnes pratiques de fabrication pour les produits radiopharmaceutiques ainsi que sur la prévention des erreurs médicales par le biais de l'initiative « produits à présentation et à consonance semblables ». Le Ministère collabore avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, dans le cadre de la Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques, pour renforcer l'innocuité et l'efficacité des médicaments à usage humain dans le monde réel.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Renforcer la communication des risques aux patients, au public et aux professionnels de la santé grâce à une coopération accrue avec les partenaires internes et externes, à de nouvelles lignes directrices pour l'industrie sur la communication avec les professionnels de la santé et le public et à la communication de renseignements aux Canadiens sur les risques pour la santé associés aux aliments et à la nutrition	Nous avons continué de produire des renseignements à jour à l'intention du public et des professionnels de la santé. http://www.hc-sc.gc.ca/english/protection/warnings.html
Continuer d'exercer un leadership décisif pour l'exécution du volet « Salubrité des aliments » du Cadre stratégique pour l'agriculture (CSA), en mettant l'accent sur l'élaboration de politiques et de stratégies d'intervention à l'égard des risques pour la santé publique présents dans les exploitations agricoles; collaborer avec AAC et l'ACIA afin d'examiner les programmes de salubrité alimentaire à la ferme mis en place par l'industrie agricole et aider celle-ci à contrer efficacement les risques pour la santé publique tels que les maladies d'origine alimentaire, en investissant 32,5 millions de dollars en cinq ans	Aux fins du Cadre stratégique pour l'agriculture, nous avons continué de collaborer étroitement avec AAC, l'ACIA et l'Agence de santé publique du Canada afin d'élaborer, d'ici 2007–2008, des politiques et des normes pour accroître la salubrité des aliments à la ferme et aider l'industrie à prendre des mesures efficaces à l'égard des risques pour la santé publique. À cette fin, nous avons mis en œuvre plus de 40 projets de politiques, d'établissement de normes et de recherche, dont : • élaboration d'une stratégie pour améliorer la salubrité des aliments crus d'origine animale; • coordination stratégique à la ferme et appui à l'élaboration de politiques; • communication et sensibilisation au sujet des systèmes de salubrité des aliments à la ferme; • élaboration d'un système national intégré qui assure la salubrité des aliments grâce à une participation accrue des intervenants à l'établissement d'un cadre national de politique alimentaire; • examen des plans de salubrité alimentaire à la ferme élaborés par l'industrie. Nous avons participé à un examen technique. L'industrie prépare actuellement six examens techniques. Vingt et un organismes nationaux de producteurs ont exprimé un intérêt pour la réalisation d'examens techniques par le Ministère. De plus, nous avons exécuté cinq projets de recherche clés, notamment la mise au point de techniques moléculaires rapides pour détecter la présence de la bactérie *E. coli* dans les aliments, ainsi que l'élaboration et la validation de méthodes pour l'analyse d'une toxine présente naturellement dans le lait.
Continuer d'établir des limites maximales de résidus (LMR) pour les résidus de médicaments vétérinaires présents dans les aliments d'origine animale	Nous avons établi cinq autres LMR, portant le total à 184, soit un niveau comparable à celui atteint par d'autres organismes étrangers. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/vet/mrl-lmr/index_f.html
Poursuivre l'Étude de la diète totale et publier les données sur le site Internet du Ministère	Nous avons dépensé 500 000 $ pour l'Étude de la diète totale afin de surveiller la quantité d'éléments nutritifs et de contaminants (p. ex. plomb, mercure et arsenic) et autres produits chimiques présents dans la chaîne alimentaire, étant donné que l'absorption de quantités excessives de contaminants peut avoir des effets néfastes sur la santé des consommateurs. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/total-diet/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Travailler avec Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'améliorer les activités de surveillance qui fournissent des renseignements fiables et à jour sur l'apport alimentaire et le bien-être nutritionnel des Canadiens	Grâce à un investissement de plus de 350 000 $, nous avons élaboré et mis en œuvre conjointement le Cycle 2.2 et le volet « Nutrition » de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'ESCC est une enquête fédérale qui vise à fournir des renseignements sur la santé aux niveaux régional et provincial. Elle est la source de données pour de nombreux indicateurs de la santé produits par Statistique Canada et par l'Institut canadien d'information sur la santé. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/index_f.html
Établir de nouveaux centres régionaux dans le pays en vue de déclarer les effets indésirables des médicaments et intensifier les efforts visant à communiquer au public les effets indésirables des médicaments en temps opportun	En août 2005, deux nouveaux centres régionaux de déclaration des effets indésirables des médicaments, établis au Manitoba et en Alberta, se sont ajoutés aux cinq centres existants. Ces centres servent de points de contact pour le Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments. http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/arc_announcement_f.html Nous avons terminé le travail initial sur un nouveau système de déclaration des incidents liés aux médicaments, appelé « MedEffectCanadaMedEffet ». Il s'agit d'un portail Internet à guichet unique qui sera utilisé pour recueillir l'information sur les effets indésirables et les problèmes relatifs à l'utilisation des médicaments et pour fournir de l'information à jour au milieu des soins de santé sur l'utilisation sûre des produits.
Élaborer un nouveau programme post-approbation pour surveiller l'efficacité thérapeutique	Nous élaborons un nouveau programme pour évaluer l'efficacité thérapeutique des produits de santé après leur mise sur le marché. L'un des volets du programme consiste à acheter des données sur l'efficacité par l'intermédiaire d'un contrat avec Intercontinental Medical Statistics (IMS), afin de mener des évaluations ciblées après commercialisation.
Continuer de travailler à l'établissement d'un système de déclaration des incidents associés aux médicaments	De concert avec la FDA des É.-U. et l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments, nous avons poursuivi l'élaboration d'un système amélioré d'information sur les effets indésirables des médicaments pour le Canada, appelé Adverse Reaction Reporting Database. Un solide programme externe est maintenu par l'intermédiaire d'un réseau national de centres régionaux de déclaration des effets indésirables dans l'ensemble du Canada. Des liens ont été établis avec tous les gouvernements afin d'assurer la coordination des déclarations et des activités connexes de diffusion des données.
Évaluer la technologie sans fil comme outil possible pour déclarer les réactions indésirables et les incidents médicaux et pour diffuser les renseignements essentiels sur l'innocuité et l'efficacité	Nous avons créé un outil informatique pratique, selon les spécifications du Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments, afin de faciliter la déclaration des effets indésirables et la communication des renseignements assujettis au temps par l'intermédiaire du système canadien de déclaration des effets indésirables des médicaments. L'outil sera mis à l'essai en 2005–2006. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Examiner de nouveaux mécanismes de surveillance de la prise de médicaments pour détecter les effets indésirables graves et potentiellement mortels pour les enfants. Effectuer une étude de deux ans pour déterminer la faisabilité d'une surveillance active visant à détecter les réactions indésirables graves et potentiellement mortelles pour les enfants de 0 à 18 ans	En janvier 2004, le Ministère, en collaboration avec la Société canadienne de pédiatrie et le Pharmaceutical Outcomes Programme du Children's and Women's Health Centre of British Columbia, a amorcé une étude de deux ans en vue d'examiner la possibilité d'utiliser des méthodes de surveillance active pour produire des données supplémentaires sur les médicaments ayant des effets indésirables graves et potentiellement mortels pour les enfants de moins de 18 ans. Cette étude, la première du genre au Canada, aidera à renseigner le nouveau Bureau des initiatives pédiatriques. Elle pourrait également éclairer l'établissement d'un réseau de personnes affectées à la surveillance dans les hôpitaux pour enfants du pays. http://www.cps.ca/francais/PCSP/Etudes/medicaments.htm
Effectuer une étude de faisabilité et mettre en place un programme informatique pour détecter les similarités de présentation et de consonance, avec possibilité de partager le programme avec la *U.S. Food and Drug Administration*	Le Ministère continue de surveiller les noms de produits de santé à consonance et à présentation semblables. Les similarités de présentation et de consonance peuvent entraîner un risque pour la santé en prêtant à des erreurs médicales lors de la prescription, de la distribution ou de l'administration des produits. Des lignes directrices pré-commercialisation et post-commercialisation ont été publiées; toutefois, nous n'avons pas pu respecter le calendrier prévu pour l'achat et la mise en place d'un programme informatique permettant de détecter les noms des médicaments à présentation et à consonance semblables, car des préoccupations liées à la protection des renseignements personnels ont retardé indéfiniment la signature de l'accord entre le Canada et les États-Unis. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/fs-fi/lasa-pspcs_factsheet-faitsaillant_f.html
Continuer d'accroître la conformité de l'industrie à la réglementation au moyen d'inspections post-commercialisation. Mettre en œuvre le Programme d'inspection des établissements pour les matériels médicaux et intensifier les inspections de conformité pour la déclaration des effets indésirables des médicaments	Nous avons effectué 24 inspections, sur les 50 prévues, pour déterminer si les fabricants se conformaient aux exigences concernant la déclaration des effets indésirables des médicaments et mentionnaient les cas d'inefficacité inhabituelle dans les présentations de drogues nouvelles. Les résultats ont révélé que les établissements sont presque entièrement conformes au règlement. Après la publication du rapport de la vérificatrice générale sur les matériels médicaux en 2004, au cours de la première année de mise en œuvre du Programme d'inspection des établissements pour les matériels médicaux, soit 2004–2005, plus de 45 inspections ont été menées (objectif de 70). Ces inspections ont permis de cerner un certain nombre de secteurs où les établissements pourraient apporter des améliorations pour être entièrement conformes au règlement. Notre incapacité d'atteindre les objectifs est principalement attribuable à la complexité croissante de l'exécution d'inspections dans le cadre de nouveaux programmes de ce genre et au fait que les fabricants doivent comprendre ce qu'on attend d'eux. Avec le temps, nous appliquerons ces leçons pour améliorer les prévisions, comme on le fait pour d'autres programmes établis. http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20040302cf.html
Mettre en œuvre un programme d'inspection de la conformité des établissements dans le cadre de l'Examen national sur les cellules, les tissus et les organes	Après notification des provinces, des inspections de conformité aux fins de l'Examen national sur les cellules, les tissus et les organes ont commencé en mars 2005—cinq sur 120 ont été achevées.

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Améliorer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation afin de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants

Les Canadiens s'attendent à obtenir des renseignements appropriés, à ce que leurs points de vue soient entendus et à ce que les gouvernements soient tenus responsables de la manière dont ils utilisent l'expertise et l'avis du public. Quatre-vingt pour cent (80 %) des Canadiens auraient une perception plus positive du processus décisionnel gouvernemental s'ils savaient que le public y contribue[12]. Ceci est particulièrement vrai lorsque les mesures et les décisions prises par les gouvernements ont des conséquences réelles sur la vie des Canadiens et sur leur capacité de gérer leur santé. Santé Canada reconnaît l'importance fondamentale de la participation du public et la nécessité de renforcer la capacité du gouvernement d'appuyer cette participation. En réaction à ces défis, nous avons élaboré et mis en œuvre de nombreuses initiatives en vue d'accroître l'engagement du public et de l'amener à mieux comprendre le processus décisionnel et à y participer davantage — y compris la façon de tenir compte des risques et des avantages et de la complexité des enjeux — et de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Améliorer la transparence, l'ouverture, la responsabilité commune et la responsabilisation	Le Ministère a continué d'examiner les priorités législatives dans le secteur de la protection de la santé, afin d'améliorer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation. Nous avons élaboré une politique sur la déclaration volontaire de renseignements dans le cadre d'activités de participation du public, afin de promouvoir la sensibilisation et la compréhension auprès des participants, dans le cadre d'activités de consultation. La politique fera l'objet d'un projet pilote et sera évaluée sur les plans du processus et des résultats avant sa mise en œuvre systématique. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/cons-pub/vsi_pvi_intro_f.html De plus, nous avons élaboré des fiches de renseignements afin d'informer plus efficacement les publics externes sur nos activités. Nous voulons ainsi permettre une meilleure compréhension du rôle et de l'approche de Santé Canada lorsqu'il s'agit de réduire les risques pour la santé et d'optimiser l'innocuité des produits de santé et la salubrité des aliments. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/3kit-fiche/index_f.html Nous nous apprêtons à établir un Bureau de l'ombudsman du public, qui entendra les préoccupations et réglera les plaintes du public et de l'industrie au sujet de l'administration de la *Loi sur les aliments et drogues*. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_24_f.html En 2004–2005, nous avons établi le Bureau des initiatives pédiatriques afin de coordonner les questions de sécurité touchant les enfants et nous avons fourni une base de données sur les médicaments accessibles au public.

[12] Rapport à Santé Canada : enquête sur le rendement annuel de 2005, The Strategic Counsel, mars 2005.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	En février 2005, le Ministère a annoncé qu'il solliciterait le point de vue des patients, des médecins, des intervenants et du public au sujet des risques et des avantages des AINS inhibiteurs sélectifs de la COX-2. Nous avons également annoncé notre intention d'établir un conseil de sécurité permanent pour nous conseiller sur ces questions de manière continue. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_stmt-dec_cox2_f.html En 2004–2005, nous avons entrepris 163 activités de mobilisation du public, à un coût estimatif de 703 000 $, principalement par le biais d'envois postaux et d'affichages sur Internet, en vue d'obtenir une rétroaction. La consultation portait sur les sujets suivants : • processus d'élaboration de politiques : 24 activités; • processus de réglementation : 21 activités; • autres questions dont des mesures liées à la transparence, aux bonnes pratiques de fabrication, au renforcement de la capacité des intervenants. La consultation concernant l'Initiative sur l'impact environnemental est un bon exemple de ce type d'activité. Ces activités ont été menées en application de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* 1999, selon laquelle toutes les nouvelles substances doivent faire l'objet d'une évaluation relativement à leur incidence sur la santé humaine et sur l'environnement. En outre, les Canadiens ont été tenus au courant de nos progrès en ce qui concerne le sang et les composants du sang, de même que les cellules, les tissus et les organes. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/cell/cto_presentation_2_f.html Notre ministère a continué de respecter son délai d'exécution d'un jour pour la réponse aux demandes de renseignements par l'intermédiaire d'un compte de courriel générique. L'un des principaux objectifs consiste à sensibiliser et à informer les citoyens et les clients au sujet des diverses ressources offertes sur les sites Internet de Santé Canada. En 2004, nous avons répondu à environ 2 580 demandes, comparativement à 1 773 demandes en 2003. Près de la moitié des demandes (48 %) provenaient du public canadien, 38 %, de l'industrie et le reste, du milieu universitaire (6 %), des professionnels de la santé (4 %), des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (3 %) et des gouvernements étrangers (1 %).

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Nous avons rédigé et diffusé une fiche d'information traitant de l'« élimination sûre des produits pharmaceutiques ». De concert avec Environnement Canada, nous avons affecté 230 000 $ à une recherche conjointe sur les effets que peuvent avoir sur l'environnement, particulièrement sur l'eau, les substances présentes dans les produits visés par la *Loi sur les aliments et drogues*, comme les produits pharmaceutiques et de soins personnels. Les projets ont été financés par le Fonds d'intégrité de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, qui fournit annuellement près de 2 millions de dollars pour appuyer les activités orientées vers l'élaboration d'un règlement approprié sur l'évaluation environnementale des substances présentes dans les produits visés par la *Loi sur les aliments et drogues*, de même que certaines évaluations. Une collaboration au sein de Santé Canada a également entraîné l'approbation d'un document intitulé Document sur l'analyse des options : Régime d'évaluation environnementale des substances nouvelles présentes dans les produits visés par la *Loi sur les aliments et drogues*. Ce document a été distribué aux intervenants au printemps 2005. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/person/impact/index_f.html En 2004–2005, nous avons élaboré un modèle logique complet en matière de biotechnologie, de même que des indicateurs de rendement et un formulaire de collecte de données. De plus, nous avons effectué des recherches en vue d'améliorer qualitativement et quantitativement l'information biotechnologique accessible au public par voie électronique. L'insuffisance des ressources humaines et la lenteur du processus d'approbation du nouveau matériel Web ont continué de poser des défis. De plus, nous avons renforcé nos capacités de vérification et d'évaluation afin de répondre aux attentes en matière de reddition de comptes et d'intendance énoncée dans le Cadre de responsabilisation de gestion du gouvernement. Les résultats des activités de vérification et d'évaluation sont désormais reliés plus étroitement à l'élaboration de politiques et de programmes, à la planification, ainsi qu'à la mesure et à la gestion du rendement. Dans le cadre de notre évaluation des activités de l'ACIA concernant la salubrité des aliments, nous avons mis au point un cadre d'évaluation pour le Programme de modernisation de l'inspection de la volaille de l'ACIA. Le rapport sur le Programme de gestion de la qualité du poisson a été établi dans les délais prévus — mai 2004 — et publié en juin 2005.
Élaborer et commencer à mettre en œuvre une Stratégie de participation du public qui optimisera la compréhension du processus décisionnel par le public et la participation du public à ce processus, renforcera les relations entre le Ministère et les intervenants et favorisera des activités de mobilisation du public plus efficaces et plus efficientes	Nous avons élaboré un Cadre de participation du public (CPP) pour faire en sorte que nos activités de mobilisation du public soient uniformes, valables et efficaces. Le Cadre s'appuie sur les résultats d'ateliers tenus dans 11 villes de septembre à novembre 2004, qui ont réuni 134 participants. Le CPP maintient un juste équilibre entre les obligations liées à la participation du public et les responsabilités réglementaires, tout en assurant un apport de la part des divers intervenants afin de permettre des décisions éclairées. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/cons-pub/piframework-cadrepp_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Rendre le processus de réglementation des produits thérapeutiques et des aliments plus accessible aux intervenants, y compris aux groupes de patients et de consommateurs	Afin d'accroître l'accessibilité, le Ministère a tenu un forum pour permettre au public, notamment aux patients, aux consommateurs et aux représentants des médias, d'entendre des exposés présentés par l'industrie, des experts influents et nos représentants dans le cadre des réunions régulières d'un comité consultatif d'experts. De plus, notre comité consultatif sur la gestion compte désormais des représentants des patients et des consommateurs. Nous avons également collaboré avec des organisations de patients et de consommateurs afin d'offrir à ces groupes une première séance d'information sur les sujets clés retenus au terme d'une évaluation officielle des besoins. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/info-prog_f.html
Mettre à jour les normes et les cadres de réglementation sur le sang et les composants sanguins, ainsi que sur les cellules, les tissus et les organes	Le Ministère a mis à jour les normes nationales touchant le sang, de même que les cellules, les tissus et les organes. Ces normes ont été publiées par l'Association canadienne de normalisation à la demande des intervenants et de la Commission Krever sur les normes nationales. La mise à jour portait sur l'information de sécurité et les nouvelles technologies concernant la transfusion et la transplantation. Nous avons élaboré un plan de discussion en vue de nos consultations auprès des intervenants. Ce plan résumait les options offertes pour faciliter la déclaration des événements indésirables, la conformité et l'exécution et pour favoriser une participation éclairée à la détermination des options à retenir. De plus, nous avons réalisé des progrès importants dans l'élaboration du cadre de réglementation relatif aux cellules, aux tissus et aux organes et nous les avons communiqués aux intervenants. Il y a eu toutefois des retards dans les travaux, pour tous les éléments essentiels du cadre, en raison de la complexité de la rédaction du règlement. Les normes de l'Association canadienne de normalisation sur la sûreté du sang ont été adoptées comme normes nationales pour le sang et les composants du sang. Nous avons réalisé des progrès substantiels dans la rédaction d'un cadre de réglementation révisé pour le sang et les composants du sang; nous avons également publié une directive destinée aux établissements relativement à la prévention de la transmission du virus du Nil occidental et du SRAS par le biais de la transplantation. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/blood-sang/blood_qa_sang_qr_f.html http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/cell/cto_let_stakeholders-intervenants_f.html http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/forums/wnv-vno/2004/wnv-vno_2004_cto_gui-dir_f.html http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activit/forums/wnv-vno/2004/wnv-vno_2004_min-pv_06-15_cto_telecon_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Évaluer des stratégies afin de permettre au public de fournir des commentaires lors de l'examen des présentations des aliments nouveaux	Nous avons mené un projet pilote, de concert avec l'ACIA et CropLife Canada, association industrielle représentant les concepteurs de végétaux issus de la biotechnologie. Le projet consiste à afficher sur Internet, à la réception d'une nouvelle présentation, un « avis » qui décrit le produit et résume les renseignements scientifiques fournis aux fins d'examen réglementaire. Pour la première fois, le public a 60 jours pour présenter des commentaires sur des questions scientifiques pertinentes pour l'évaluation de chaque produit nouveau. Nous continuons de renforcer les relations et la confiance dans le public et chez les intervenants.
Solliciter les commentaires des partenaires et des intervenants afin de mettre à jour des politiques et des directives comme le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, au moyen d'un processus conçu pour engager les Canadiens à mieux comprendre l'importance d'une alimentation saine et leur part de responsabilité dans le maintien et l'amélioration de leur santé et de leur bien-être nutritionnels	En février 2005, nous avons tenu un forum d'intervenants afin d'échanger l'information et d'amorcer un premier dialogue sur les initiatives clés. Les discussions ont porté sur les conséquences de l'Initiative de réglementation intelligente et du Renouveau législatif de Santé Canada pour la politique relative à la salubrité des aliments et à la qualité nutritionnelle. Nous avons consulté un large éventail d'intervenants relativement à la révision du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Ces consultations englobaient les consommateurs, les universitaires, l'industrie, des organismes non gouvernementaux et les autres administrations. Deux comités ont été établis pour fournir des avis et des conseils pour la révision du Guide alimentaire — un groupe de travail interministériel et le Comité consultatif sur le Guide alimentaire, qui réunit des experts des secteurs de la santé publique, de la politique de santé, de l'éducation nutritionnelle, de la prévention des maladies, de l'industrie et de la communication. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/revision/index_f.html
Établir des objectifs de rendement clairs et internationalement comparables, pour toutes les étapes du processus d'examen de la réglementation des produits thérapeutiques et réviser les méthodes de mesure du rendement afin d'assurer l'harmonisation avec les autres organismes de réglementation influents	Le Ministère a participé à une étude comparative internationale du Centre for Medicines Research sur les objectifs de rendement pour l'examen des présentations de drogues nouvelles. L'étude a révélé que les objectifs du Canada étaient comparables à ceux des autres pays. Elle a également révélé qu'il était difficile de comparer les normes de rendement relatives à l'examen car les processus réglementaires, les types de présentation et les normes de service ne sont pas identiques d'un organisme de réglementation à l'autre. Afin de mieux comprendre les différences et les similarités, nous avons amorcé l'élaboration d'une méthode permettant de comparer les structures tarifaires, les normes de rendement et les processus de réglementation de différentes administrations, tout en respectant les exigences de la *Loi sur les frais d'utilisation*.
Améliorer la reddition de comptes au public en produisant des plans et des rapports de rendement annuels plus utiles et plus compréhensibles pour les activités liées aux produits de santé, aux aliments et à la nutrition	Nous avons publié le premier Rapport sur les priorités et les réalisations de la Direction des aliments. Ce rapport énonce les priorités stratégiques de la Direction, décrit ses domaines d'activité en 2003–2004 pour certaines priorités, présente les principales activités et réalisations et souligne certains défis et nouvelles priorités liés à la vision de la Direction — « être l'autorité la plus fiable en matière d'innocuité et de valeur nutritive des aliments, chargée d'établir des politiques et des normes, de fournir des avis et des renseignements ». http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/fd-da/rpt_priorities_achievements-priorites_realisations_dec_2003_01_f.html Le Ministère a également publié le deuxième rapport d'étape sur la SAPT. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Nous avons élaboré un nouveau rapport de rendement sur l'examen réglementaire des produits pharmaceutiques et biologiques et des instruments médicaux afin de rationaliser et d'améliorer ce type de rapport. Le rapport décrit également l'influence exercée par d'autres intervenants clés sur l'accès aux nouveaux médicaments au Canada (p. ex. le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés).

Résultat stratégique :
Des milieux plus sains et des produits plus sûrs pour les Canadiens

Résultat pertinent dans « Le rendement du Canada » : Des Canadiens en meilleure santé ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Réduction des risques pour la santé et pour l'environnement associés aux produits et aux substances et milieux de vie et de travail plus sains.

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	248,1	226,5	222,2
Revenus prévus	(12,7)	(13,6)	(10,5)
Dépenses nettes	235,4	212,9	211,7*
ETP	1 272	1 290	1 363

** Représente 48,4 % des dépenses réelles du secteur d'activités Promotion et protection de la santé (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).*

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- réduction de financement liée au nouveau processus de gestion de la publicité annoncé par le Cabinet en mars 2004
- financement interne fourni à la Direction générale de la santé des Inuits et des Premières nations aux fins de la contribution prévue au gouvernement de l'Ontario pour la construction du centre de santé Meno Ya Win

Résultats intermédiaires

- Réduction des risques pour la santé et l'environnement associés aux produits et aux substances et milieux de vie et de travail plus sains
- Meilleures décisions relatives à la santé prises par les Canadiens, les professionnels de la santé et l'industrie
- Confiance accrue du peuple canadien dans les programmes et stratégies relatifs à la santé

Résultats immédiats

- Meilleure observation des règlements, des normes et des lignes directrices
- Sensibilisation accrue aux questions clés touchant la santé et les produits réglementés en ce qui concerne les milieux de vie, de travail et de loisir sains et sécuritaires et meilleures connaissances en la matière
- Participation accrue des intervenants
- Connaissances et capacité scientifiques renforcées (recherche, données) pour soutenir la prise de décisions éclairées

Priorités

- Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les méfaits associés aux dangers présents dans le milieu de travail et l'environnement, aux produits de consommation (y compris aux cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie
- Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

Programmes	Dépenses réelles (en M $)[1]	Lien avec les résultats
Santé au travail et sécurité du public	29,2	Contribution à la santé et à la sécurité des employés fédéraux et des autres travailleurs canadiens, des dignitaires en visite et du public en voyage au Canada, de diverses façons : · au nom du Conseil du Trésor, administration du Programme de santé des fonctionnaires fédéraux et prestation des Services d'aide aux employés aux ministères et organismes fédéraux et aux employeurs de la fonction; · inspections de l'eau, des aliments et de la salubrité publique auprès des transporteurs généraux (air, chemins de fer, voies maritimes) et dans leurs services connexes; · stratégie pancanadienne pour la santé en milieu de travail; · planification d'urgence en santé pour les visites officielles, les sommets, ou les événements internationaux.
Sécurité des milieux	62,1	Promotion des milieux de vie, de travail et de loisir sains : · détermination et évaluation des risques pour la santé des Canadiens qui sont associés aux facteurs environnementaux; · élaboration de stratégies nationales de gestion des risques en vue de réduire les risques pour la santé humaine liés à l'environnement appuyées par la recherche scientifique et conformes à la Stratégie de développement durable de Sante Canada.
Sécurité des produits	23,9	Contribution à la protection des Canadiens par la détermination, l'évaluation, l'exploration et la gestion des risques pour la santé et la sécurité associés : · aux produits de consommation; · aux cosmétiques; · aux produits chimiques en milieu de travail; · aux substances chimiques nouvelles; · aux produits de biotechnologie; · aux bruits extérieurs; · aux dispositifs émettant des radiations.

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Programmes	Dépenses réelles (en M $)[1]	Lien avec les résultats
Lutte contre le tabagisme	47,9	Réduction des risques pour la santé et la sécurité liés à la consommation de tabac, par les moyens suivants : • réglementation du tabac; élaboration et mise en œuvre d'initiatives visant à réduire ou à prévenir les méfaits liés à l'usage du tabac. La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme vise les objectifs suivants : — réduire la prévalence du tabac à 20 % — réduire le nombre de cigarettes vendues annuellement de 30 % — porter le taux de conformité aux dispositions sur la vente de tabac aux jeunes à 80 % — réduire la fumée secondaire dans les lieux publics — examiner des moyens de réduire la toxicité du tabac
Stratégie antidrogue et substances contrôlées	48,6	Réduction des risques pour la santé et la sécurité liés à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées, par les moyens suivants : • administrer la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et son règlement d'application; • exercer un leadership national dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue; • réglementer l'accès aux substances contrôlées et prévenir le détournement de ces substances à des fins illégales; • gérer des programmes de prévention ou de réduction des méfaits liés aux substances contrôlées et à l'alcool; • fournir de l'information aux Canadiens pour faciliter la prise de décisions éclairées relativement à la santé et aux modes de vie; • collaborer avec les provinces et les territoires en vue de faciliter l'accès aux services de traitement et de réadaptation; • offrir des services d'analyse de drogues pour soutenir le système de justice pénale.

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Résumé

Compte tenu de ce résultat stratégique, le mandat de Santé Canada consiste à aborder les nombreux aspects de la vie quotidienne qui influent sur la santé des Canadiens. Il s'agit entre autres de la qualité de l'eau potable, de la qualité de l'air, de la radioexposition, de la consommation et de l'abus de drogues (y compris d'alcool), du degré d'innocuité des produits de consommation, du tabac et de la fumée secondaire, de la santé en milieu de travail et des produits chimiques présents dans le milieu de travail et l'environnement. Le Ministère est également engagé dans d'autres activités liées à la santé et à la sécurité, comme les initiatives du gouvernement en matière de sécurité publique et d'antiterrorisme, l'inspection des aliments et de l'eau potable accessibles aux personnes qui voyagent au Canada et la planification d'urgence en santé pour les dignitaires en visite. Le vaste mandat national du Ministère découle des lois en vigueur, dont la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* et la *Loi sur le tabac*.

Notre travail est important pour la réduction de nombreuses menaces à la santé des Canadiens. Par exemple, chaque année au Canada, plus de 45 000 décès sont attribuables au tabagisme, 230 000 blessures évitables mettent en cause des produits de consommation, ce qui représente un coût économique estimatif supérieur à 7 milliards de dollars, plus de 9 milliards de dollars de coûts économiques, sociaux et de santé peuvent être attribués à l'abus d'alcool et de drogues, le tabagisme entraîne des coûts directs de soins de santé exorbitants — de l'ordre de 3,5 milliards de dollars — et des coûts indirects de 11,5 milliards de dollars. Enfin, on estime que les maladies attribuables aux facteurs environnementaux représentent un coût annuel de 50 milliards de dollars pour le système de soins de santé, l'économie et les particuliers.

Au cours de l'exercice 2004–2005, nous avons continué d'assumer toutes nos responsabilités en respectant ou en dépassant les engagements du Rapport sur les plans et les priorités pour l'exercice, conformément aux ressources prévues. À cette fin, nous avons entrepris des initiatives en matière de sciences, de recherche, de politiques, de réglementation et de prévention. Nous avons collaboré étroitement avec nos partenaires et les intervenants, au pays et à l'étranger, et assuré une présence active dans chacune des régions. Nous avons assumé nos responsabilités selon les principes du développement durable afin de promouvoir nos objectifs économiques, sociaux, culturels et environnementaux.

La science et la recherche sous-tendent un grand nombre de nos réalisations. Les scientifiques de Santé Canada ont continué d'examiner les contaminants environnementaux présents dans l'atmosphère, les eaux et les sols canadiens, en effectuant des évaluations et en élaborant de nouvelles stratégies, lignes directrices et méthodes et de nouveaux outils. Nous avons notamment mis au point un indice de la qualité de l'air fondé sur la santé et une approche intégrée de la qualité de l'eau potable « de la source au robinet », de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants. De plus, nous avons effectué des recherches sur les effets du changement climatique sur la santé et réalisé des progrès à titre d'organisme responsable de la prochaine Évaluation canadienne du changement climatique et de la vulnérabilité de la santé (2007). Nous avons continué d'évaluer et de classer les substances en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* et prévoyons respecter l'échéance législative de 2006 pour la caractérisation de 23 000 substances existantes. Ces activités importantes nous permettent d'améliorer notre connaissance et notre gestion des risques pour la santé liés à l'exposition des humains aux substances toxiques présentes dans l'environnement. Santé Canada continue d'améliorer la structure d'intervention du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (PFUN) afin de renforcer la protection des Canadiens en cas d'urgence nucléaire.

Afin d'accroître l'innocuité des produits proposés aux consommateurs canadiens, Santé Canada a effectué des essais sur divers produits — des sièges de bain et jouets en peluche jusqu'aux produits chimiques — pour évaluer les dangers qu'ils présentent sur les plans de l'inflammabilité, de la toxicité et de la mécanique. Nous avons exécuté des enquêtes à la suite de plaintes, effectué des inspections et évalué des substances nouvelles, ce qui nous a permis de déterminer des produits dangereux et

de publier des mises en garde, des avis et des rappels de produits. Nos scientifiques ont effectué des recherches et mis au point des outils, des méthodes et des normes afin de gérer les risques pour la santé liés à diverses sources de danger potentielles—de l'usage des téléphones cellulaires au rayonnement ionisant. Nous avons terminé un important travail de réglementation visant à imposer la mention des ingrédients sur les étiquettes des produits cosmétiques et à limiter la quantité de plomb dans les bijoux pour enfants. De plus, nous avons pris des mesures pour mettre en place le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH), conformément à l'engagement pris par le gouvernement du Canada lors du Sommet mondial sur le développement durable.

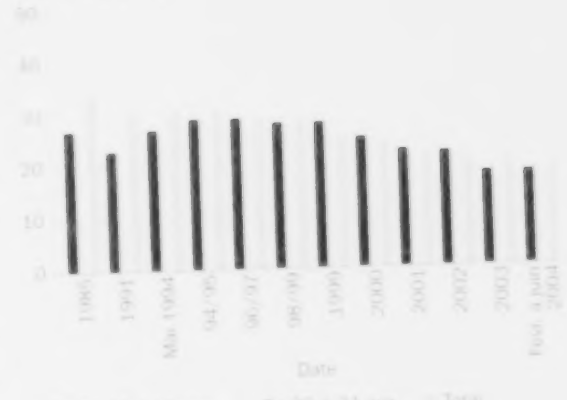
Indicateurs sélectionnés de la consommation d'alcool et d'autres drogues au Canada, 1994 et 2004

Source : Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues, enquête canadienne de 2004 sur la toxicomanie.
– Néant : zéro vérifié ou zéro en une seule occasion.
Données sur la consommation au cours des 12 derniers mois.

L'analyse de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada mise en œuvre en 2004 révèle que la consommation illicite de cannabis et d'autres drogues a sensiblement augmenté au cours de la dernière décennie, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes : près de 30 % des adolescents de 15 à 17 ans et plus de 47 % des jeunes de 18 et 19 ans ont consommé du cannabis au cours de la dernière année. Dans le cadre du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue, nous avons effectué des recherches et mis en œuvre des mesures de prévention et de promotion de la santé en ciblant particulièrement les adolescents et les jeunes adultes, afin de réduire l'abus de drogues et d'alcool et les méfaits qui en découlent. En plus de poursuivre l'important travail d'analyse de drogues qui appuie les activités d'exécution de la loi, nous avons mis en œuvre le Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue qui aide à prendre des mesures touchant l'usage de substances problématiques au moyen d'initiatives de prévention, de promotion et de réduction des méfaits et qui permet de financer un large éventail d'organismes non gouvernementaux.

L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada révèle que le taux de tabagisme chez les Canadiens de plus de 15 ans est tombé de 25 % à 20 % depuis 1999. Bien que cette diminution témoigne de la réussite globale de la Stratégie canadienne de lutte contre le tabagisme, nous avons poursuivi nos efforts en prenant des mesures ciblées afin de maintenir et d'accroître les gains obtenus à ce jour, particulièrement dans certains segments de la population, comme les jeunes adultes (en particulier les hommes) et les populations rurales et à faible revenu pour lesquels le taux de tabagisme et d'exposition au tabac demeure nettement supérieur à la moyenne.

Tendances relatives à la prévalence du tabagisme (%)

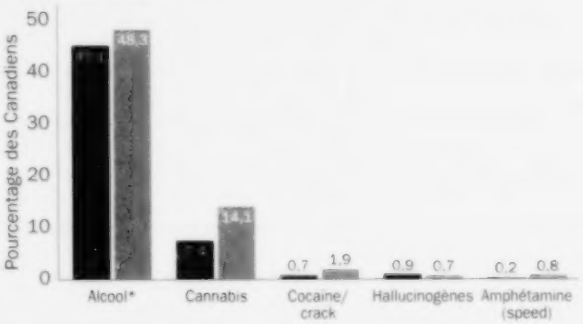


Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février à décembre 2004

Cette année, nous avons travaillé à l'élaboration d'une approche coordonnée et fondée sur des données probantes du renoncement au tabac. Nous avons pris des mesures pour réduire les méfaits causés par le tabac, comme la présentation du Règlement sur le

de publier des mises en garde, des avis et des rappels de produits. Nos scientifiques ont effectué des recherches et mis au point des outils, des méthodes et des normes afin de gérer les risques pour la santé liés à diverses sources de danger potentielles—de l'usage des téléphones cellulaires au rayonnement ionisant. Nous avons terminé un important travail de réglementation visant à imposer la mention des ingrédients sur les étiquettes des produits cosmétiques et à limiter la quantité de plomb dans les bijoux pour enfants. De plus, nous avons pris des mesures pour mettre en place le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH), conformément à l'engagement pris par le gouvernement du Canada lors du Sommet mondial sur le développement durable.

Indicateurs sélectionnés de la consommation d'alcool et d'autres drogues au Canada, 1994 et 2004



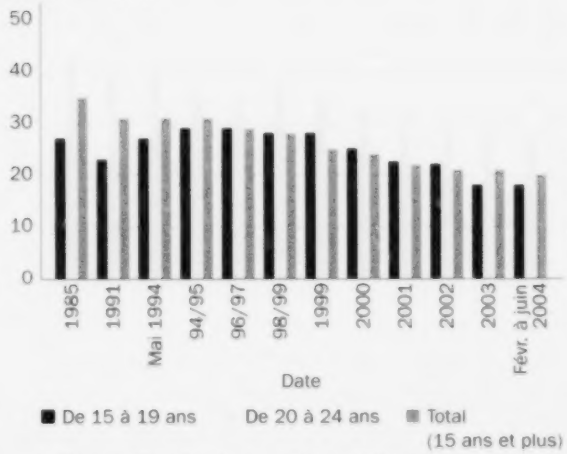
Source : Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues; enquête canadienne de 2004 sur la toxicomanie

* Alcool : cinq verres ou plus en une seule occasion. Données sur la consommation au cours des 12 derniers mois

L'analyse de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada mise en œuvre en 2004 révèle que la consommation illicite de cannabis et d'autres drogues a sensiblement augmenté au cours de la dernière décennie, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes : près de 30 % des adolescents de 15 à 17 ans et plus de 47 % des jeunes de 18 et 19 ans ont consommé du cannabis au cours de la dernière année. Dans le cadre du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue, nous avons effectué des recherches et mis en œuvre des mesures de prévention et de promotion de la santé en ciblant particulièrement les adolescents et les jeunes adultes, afin de réduire l'abus de drogues et d'alcool et les méfaits qui en découlent. En plus de poursuivre l'important travail d'analyse de drogues qui appuie les activités d'exécution de la loi, nous avons mis en œuvre le Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue qui aide à prendre des mesures touchant l'usage de substances problématiques au moyen d'initiatives de prévention, de promotion et de réduction des méfaits et qui permet de financer un large éventail d'organismes non gouvernementaux.

L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada révèle que le taux de tabagisme chez les Canadiens de plus de 15 ans est tombé de 25 % à 20 % depuis 1999. Bien que cette diminution témoigne de la réussite globale de la Stratégie canadienne de lutte contre le tabagisme, nous avons poursuivi nos efforts en prenant des mesures ciblées afin de maintenir et d'accroître les gains obtenus à ce jour, particulièrement dans certains segments de la population, comme les jeunes adultes (en particulier les hommes) et les populations rurales et à faible revenu pour lesquels le taux de tabagisme et d'exposition au tabac demeure nettement supérieur à la moyenne.

Tendances relatives à la prévalence du tabagisme (%)



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février à décembre 2004

Cette année, nous avons travaillé à l'élaboration d'une approche coordonnée et fondée sur des données probantes du renoncement au tabac. Nous avons pris des mesures pour réduire les méfaits causés par le tabac, comme la présentation du Règlement sur le

potentiel incendiaire des cigarettes, qui contribuera à réduire le nombre d'incendies causés par la cigarette au Canada. Nos mesures de lutte contre le tabagisme sont considérées comme un modèle à l'échelle internationale, le Canada a grandement contribué à l'élaboration de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé mise en application en février 2005 et il a été l'un des premiers pays à la ratifier. Cette première convention mondiale en matière de santé publique renforcera les initiatives de lutte contre le tabagisme dans le monde entier.

Le Ministère a continué de prendre des mesures à l'égard de la santé et de la sécurité des fonctionnaires fédéraux, des dignitaires en visite et des personnes qui voyagent au Canada en offrant des services supérieurs aux normes et aux attentes. Nous avons envisagé des façons de présenter la santé en milieu de travail comme un moyen stratégique d'améliorer la santé, de réduire les coûts de santé et d'accroître la productivité. Afin d'améliorer la santé au travail, nous avons effectué des recherches et élaboré des lignes directrices, des pratiques exemplaires et des outils qui ont été très demandés sur notre site Internet par les employeurs des secteurs public et privé du pays. En outre, nous avons accru notre capacité d'intervention en cas d'urgence en tenant compte des besoins psychosociaux des fonctionnaires fédéraux confrontés à des attentats terroristes. Lors des ravages sans précédent causés par le tsunami dans le Sud-Est asiatique, les employés de Santé Canada ont fourni des vaccins et d'autres services de santé aux travailleurs fédéraux qui participaient à la mission de secours.

Santé Canada a collaboré étroitement avec ses partenaires et les intervenants de tous les secteurs, à l'échelle nationale et à l'échelle internationale, afin d'améliorer la salubrité des milieux et la sécurité des consommateurs. Nos activités horizontales ont produit d'importantes réalisations dont l'élaboration d'un Cadre d'action national sur la consommation et l'abus d'alcool et de drogues aux fins de la Stratégie canadienne antidrogue, le maintien des partenariats intersectoriels pour la poursuite et l'amélioration de la lutte contre le tabagisme, l'engagement national à mettre en place le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques, la gestion coordonnée des questions transfrontalières canado-américaines touchant la qualité de l'air et la collaboration généralisée entre tous les ordres de gouvernement dans le cadre de l'initiative en matière de sécurité publique et d'antiterrorisme.

En dernier lieu, nous avons continué de moderniser les pratiques de gestion selon les principes du Cadre de responsabilisation de gestion du Conseil du Trésor. En particulier, nous avons accompli des progrès importants dans l'élaboration et la mise en œuvre, à l'égard de nos programmes, de cadres de mesure du rendement axés sur les résultats afin d'améliorer l'intendance des ressources et la responsabilisation à l'égard des résultats.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les méfaits associés aux dangers présents dans le milieu de travail et l'environnement, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie

Le travail relatif à cette priorité visait la vaste gamme des activités de réglementation continues entreprises par Santé Canada pour déterminer, évaluer et gérer les risques pour la santé des Canadiens associés aux dangers présents dans l'environnement, les foyers et le milieu de travail. Beaucoup de ces activités donnaient suite aux engagements pris dans le cadre de la Stratégie de développement durable du Ministère.

La gestion des risques environnementaux pour la santé est une tâche permanente. Cette année, nous avons analysé plus de 470 000 dosimètres pour mesurer l'exposition de 95 000 travailleurs canadiens aux rayonnements. En vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, nous avons déterminé les risques pour la santé humaine liés à quelque 1 900 substances chimiques figurant sur la Liste nationale. Afin de soutenir le nettoyage des sites fédéraux contaminés, nous avons soumis 70 évaluations de risques pour la santé à un examen par les pairs et fourni des avis liés à la santé dans le cadre de neuf évaluations environnementales. Nous avons également donné notre avis sur les conséquences pour la santé humaine de

437 projets à grande échelle, y compris des projets de routes et d'exploitation minière. Dans le cadre de nos activités permanentes sur le changement climatique et la santé, nous avons enquêté sur les activités internationales connexes en matière de programmes, de recherche et de politiques.

Nous avons effectué des recherches et collaboré avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres partenaires au sujet des questions liées à la qualité de l'air et de l'eau, en mettant l'accent sur la protection des groupes vulnérables, par exemple les enfants. Nous avons effectué 11 évaluations de la qualité de l'air touchant par exemple les pluies acides et le dioxyde de carbone, complété l'Indice national de la qualité de l'air et, dans le cadre de la Stratégie canado-américaine sur la qualité de l'air transfrontalier, poursuivi les projets pilotes sur deux bassins atmosphériques — bassin de Géorgie-Puget Sound et bassin des Grands Lacs — afin d'examiner les effets de la pollution atmosphérique sur la santé humaine. Nos scientifiques ont collaboré avec l'Université Johns Hopkins et élaboré avec succès de nouvelles méthodes pour déterminer les effets de la pollution de l'air sur la santé humaine. Nous avons élaboré une approche intégrée de la qualité de l'eau potable de la source au robinet, rédigé quatre nouvelles lignes directrices pour les contaminants présents dans l'eau (p. ex. l'arsenic) et produit un document d'orientation général à l'intention des fonctionnaires fédéraux afin d'assurer la salubrité de l'eau potable sur le territoire domanial et les terres des Premières nations et dans les installations fédérales. Nous avons participé à la planification de la prochaine génération d'exercices d'urgence internationaux et continué de collaborer avec les gouvernements provinciaux pour améliorer les mesures de protection de la santé des Canadiens en cas d'urgence nucléaire.

Santé Canada a continué d'améliorer l'innocuité des produits destinés aux consommateurs en examinant entre autres les sièges de bain, les poussettes, les tentes, les jouets en peluche et divers produits chimiques. Dans nos laboratoires, nous avons mis à l'essai 329 produits de consommation et exécuté 29 projets de recherche concernant des enquêtes faisant suite à des plaintes de consommateurs et l'élaboration de méthodes de laboratoire. Nous avons émis 10 mises en garde ou avis ayant trait à des produits dangereux. Nous avons effectué 7 534 inspections, rappelé 183 gammes de produits uniques et effectué 157 saisies. Nous avons répondu à 233 demandes de renseignements provenant des médias imprimés et radiodiffusés. Nous avons évalué les risques pour la santé humaine de 900 substances nouvelles et les risques pour l'environnement et le public canadiens de 25 ingrédients de produits pharmaceutiques et produits de soins personnels. Nous avons imposé des interdictions de deux ans pour quatre nouveaux polymères jugés très dangereux pour la santé humaine afin de permettre à l'industrie de développer des versions plus sûres de ces substances largement utilisées. En ce qui a trait à la protection des consommateurs contre les risques cliniques et liés aux rayonnements, nous avons inspecté plus de 400 dispositifs émetteurs de rayonnements utilisés à des fins médicales, dentaires, industrielles, commerciales, de recherche et de sécurité.

Nos scientifiques ont mis au point des méthodes et des outils fiables et peu coûteux pour déterminer les émissions d'ondes des stations de base cellulaires et ainsi favoriser l'utilisation sûre de ces appareils de communication populaires. Ils ont également travaillé à l'établissement d'une approche internationale normalisée de l'évaluation de l'exposition au rayonnement ionisant en cas d'urgence nucléaire. Nous avons modifié le règlement de manière à exiger la mention de tous les ingrédients sur les étiquettes de produits cosmétiques, conformément à la nomenclature internationale des ingrédients de produits cosmétiques. On s'attend par ailleurs à ce que l'étiquetage harmonisé réduise les barrières commerciales et accroisse les possibilités d'échange pour les fabricants canadiens. Un nouveau Règlement sur les bijoux d'enfants a été établi pour limiter la teneur en plomb et réduire le risque d'exposition des enfants au plomb.

Cette année, Santé Canada, par l'entremise de son centre de crise et d'aiguillage vers les Services d'aide aux employés (SAE), ouvert 24 heures, sept jours par semaine, a répondu à 37 000 appels, provenant d'employés de 122 organismes du secteur public, y compris des ministères et organismes fédéraux. Plus de 95 % des ministères fédéraux utilisent les SAE et le taux de satisfaction dépasse 98 %, pour les

employés clients comme pour les ministères clients. Nous avons fourni des services de santé et sécurité au travail aux ministères et organismes fédéraux et aux missions canadiennes à l'étranger et effectué quelque 15 500 évaluations de la santé, 2 400 vaccinations, 1 100 enquêtes en milieu de travail et 3 650 interventions ergonomiques. En outre, nous étions également prêts à répondre à une demande de services de santé en cas de catastrophe. Nos employés des mesures d'urgence physique et psychosociale étaient prêts à intervenir en cas d'attentat terroriste majeur et les volets d'essai du matériel, de formation du personnel et d'élaboration des procédures et des lignes directrices ont été mis au point.

Nous avons enregistré 200 000 visites et 90 000 téléchargements de documents dans le site Web de Santé Canada qui est consacré à la santé au travail et qui fournit une vaste gamme de renseignements allant des lignes directrices aux pratiques exemplaires et aux outils aidant les employés à améliorer la santé au travail et la productivité. Afin de protéger la santé des millions de voyageurs qui se rendent au Canada, nous avons mené quelque 1 200 inspections concernant les aliments, l'eau et les dispositifs généraux d'assainissement à bord des moyens de transport ferroviaire et maritime.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Programme de la sécurité des milieux Le mandat de Santé Canada consiste à se pencher sur les nombreux aspects de la vie quotidienne qui ont une incidence sur la santé des Canadiens, en produisant et en obtenant des connaissances scientifiques de haute qualité	*Recherche scientifique sur la santé environnementale* Nous avons élaboré des outils novateurs d'évaluation des risques pour la santé humaine, afin d'étudier les risques d'exposition relatifs aux substances toxiques et de déterminer les dangers liés à ces substances. *Protection contre les rayonnements dans l'environnement* Santé Canada a collaboré avec le personnel de l'Université d'Ottawa afin d'examiner l'évaluation des risques de cancer du poumon découlant de l'exposition au radon à domicile. http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/environ/radon_f.html *Contaminants environnementaux* Santé Canada a collaboré étroitement avec divers partenaires, particulièrement Environnement Canada, à des outils permettant de mesurer les avantages pour la santé d'interventions visant à améliorer la qualité de l'air. Nous avons renforcé notre capacité de mesurer les effets sanitaires et socio-économiques de la pollution atmosphérique et d'améliorer l'évaluation de la mortalité connexe.
Le Ministère contribuera à l'assainissement des milieux et à l'accroissement de la salubrité des produits proposés aux Canadiens, par l'intermédiaire d'initiatives nouvelles et continues qui intégreront les principes du développement durable. Nous produirons de nouvelles recherches, établirons d'autres partenariats et assurerons un leadership fédéral plus solide afin d'améliorer les résultats en matière de santé, particulièrement pour les groupes vulnérables comme les enfants	*Recherche scientifique sur la santé environnementale* Cette étude critique constitue le fondement de l'élaboration de lignes directrices clés sur l'air ambiant, de la mesure du rendement des évaluations liées à la LCPE, ainsi que de la révision et de l'élaboration de lignes directrices relatives à la qualité de l'eau. (11,2 millions de dollars) *Incidences de l'environnement sur la santé* Des programmes conjoints ont été élaborés et entrepris entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en vue de réduire les risques pour la santé humaine liés aux facteurs environnementaux ayant trait à la qualité de l'eau, à la qualité de l'air et à la santé environnementale des enfants. Ces programmes englobent l'élaboration d'indicateurs de la santé environnementale des enfants. L'élaboration d'une stratégie fédérale sur la santé et l'environnement constitue une priorité ministérielle. (0,9 million de dollars)

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Qualité et salubrité de l'eau Nous avons atteint l'objectif de quatre recommandations sur la qualité de l'eau potable au Canada (tel qu'approuvé par le Comité FPT sur l'eau potable à des fins de consultation). (3,5 millions de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/water-eau/index_f.html
Santé Canada continuera de déterminer et de réduire les risques pour la santé humaine associés aux facteurs environnementaux, notamment en ce qui concerne la qualité de l'eau, la qualité de l'air, les rayonnements et les contaminants environnementaux. Nos activités englobent l'évaluation des risques pour la santé et l'élaboration de normes et de lignes directrices	*Incidences de l'environnement sur la santé* Examen des évaluations en vertu de la *Loi canadienne sur l'évaluation environnementale* (LCEE) et des évaluations des sites contaminés fédéraux (SC) : 2003–2004 — 180 LCEE 150 SC 2004–2005 — 437 LCEE (1,0 million de dollars) 70 SC (3,1 millions de dollars) Le personnel affecté au dossier des SC a également collaboré à neuf évaluations environnementales touchant des sites. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/eval/index_f.html *Protection contre les rayonnements dans l'environnement* Analyse de dosimètres pour mesurer l'exposition aux rayonnements : 2003–2004 — 460 000 dosimètres 2004–2005 — 470 000 dosimètres (4,7 millions de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/radiation/regist/index_f.html
Nous intensifierons notre travail concernant les effets du changement climatique et de la pollution atmosphérique sur la santé humaine	*Incidences de l'environnement sur la santé* Publication d'un rapport de recherche sur le changement climatique et la santé, compte rendu d'une enquête sur les activités internationales de recherche et d'élaboration de politiques dans le domaine. Le Bureau du changement climatique et de la santé a réalisé des progrès dans la planification de la prochaine Évaluation du changement climatique et de la vulnérabilité de la santé au Canada (2007) dont il est responsable. (0,8 million de dollars) http://www.c-ciarn.ca/health/index_f.asp *Contaminants environnementaux* Évaluations de la qualité de l'air extérieur : 2003–2004 — 10 évaluations 2004–2005 — 11 évaluations (0,2 million de dollars) (particules, ozone, pluies acides, éthanol, biodiésel, mortalité, formaldéhyde, dioxyde d'azote et oxyde de carbone; progrès relativement au manganèse et au MMT) Nous avons réalisé des progrès relativement à l'indicateur air-santé pour la mesure de l'allégement à long terme du fardeau des maladies par suite de la réduction de la pollution atmosphérique. Nous avons établi un lien entre le nombre quotidien de décès et le niveau de pollution. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/air/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Santé Canada a relevé 5 900 +/- 2 100 décès attribuables à la pollution atmosphérique dans huit villes canadiennes. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_32_f.html *Recherche scientifique sur la santé environnementale* Conception d'une étude épidémiologique sur les risques associés aux nouveaux produits chimiques et enquête sur l'efficacité des stratégies d'atténuation des risques.
Dans le cadre de la Stratégie canado-américaine sur la qualité de l'air transfrontalier, nous élaborerons un indice de la qualité de l'air (IQA) fondé sur la santé	*Contaminants environnementaux* Les travaux relatifs à l'IQA se déroulent comme prévu. Sous réserve de l'acceptation des gouvernements provinciaux, l'IQA remanié fera l'objet d'un projet pilote au cours de l'été 2005–2006, en vue de sa mise en œuvre en 2007–2008. (0,35 million de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/air/index_f.html
Le Ministèreréalisera d'autres progrès dans l'application de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE) de 1999 en évaluant et en catégorisant d'autres substances afin de mieux gérer et éliminer l'exposition des humains aux substances toxiques Tenir une consultation sur le processus de sélection et demander des renseignements additionnels sur les 849 substances nécessitant une étude approfondie qui figurent sur la Liste nationale des substances	*Contaminants environnementaux* (0,8 million de dollars) Caractérisation de substances existantes visées par la LCPE : 2003–2004 — 2 000 substances 2004–2005 — catégorisation d'environ 1 900 substances existantes visées par la LCPE Nous prévoyons respecter l'échéance de 2006 pour la caractérisation des 23 000 substances existantes visées par la LCPE. Nous avons retenu 1 900 substances de la Liste nationale pour examen approfondi aux fins de catégorisation et d'évaluation préalable.
Nous prévoyons effectuer environ 20 évaluations d'impact en 2004–2005	*Contaminants environnementaux* Évaluations de substances existantes visées par la LCPE : 2003–2004 — aucune évaluation 2004–2005 — 10 évaluations (0,4 million de dollars) De plus, nous avons publié des projets d'évaluation préalable pour la santé pour 50 composés perfluoroalkyliques (PFO) et sept esters de diphényle polybrominés (PBDE), aux fins de consultation du public. (1,2 million de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/existsub/index_f.html
Participer à la planification de la prochaine génération d'exercices d'urgence nucléaire internationale	*Protection contre les rayonnements dans l'environnement* Santé Canada a collaboré avec ses partenaires internationaux à l'élaboration de l'exercice INEX-3. (3,2 millions de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/ed-ud/prepar/nuclea/index_f.html
Nous collaborerons avec les gouvernements provinciaux pour améliorer les mesures de protection de la santé des Canadiens au cas d'urgence nucléaire	Santé Canada a comblé trois lacunes de la structure d'intervention du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (PFUN) pour améliorer la protection des Canadiens en cas d'urgence nucléaire, plus précisément en élaborant un logiciel d'aide aux décisions pour la surveillance en temps réel, une méthode normalisée de dosimétrie biologique et un exercice annuel d'intervention fédérale sur le terrain en cas d'incident lié aux rayonnements.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Programme de la sécurité des produits Nous continuerons d'obtenir les données scientifiques nécessaires pour déterminer, évaluer et gérer les risques pour la santé et la sécurité des Canadiens associés aux produits de consommation, aux matières dangereuses en milieu de travail, aux cosmétiques, aux substances chimiques nouvelles, aux produits de la biotechnologie, aux dispositifs émettant des radiations, aux bruits extérieurs et aux rayons solaires ultraviolets	Nous avons imposé des interdictions de deux ans pour quatre nouveaux polymères ayant fait l'objet d'un avis et des mesures de contrôle à long terme sont en cours d'élaboration. Nous avons déterminé des risques importants pour la santé humaine liés aux produits de fractionnement. L'industrie s'emploie activement à élaborer des versions moins nuisibles de ces substances largement utilisées. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/lead-plomb/leadrisk_f.html http://www.ec.gc.ca/substances/nsb/fra/index_f.htm Nous avons continué d'accroître l'innocuité des produits proposés aux consommateurs canadiens : • nous avons effectué 7 534 inspections • nous avons rappelé 183 gammes de produits (p. ex., sacs de plastique, berceaux, tentes et briquets) • nous avons effectué 157 saisies http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/contaminants/person/impact/index_f.html Activités dans nos laboratoires : • nous avons évalué 329 produits de consommation (p. ex., inflammabilité des futons et teneur en plomb des bouilloires) • nous avons conclu 29 projets de recherche Nous avons émis 10 mises en garde ou avis relativement à des produits dangereux. Nous avons inspecté plus de 400 dispositifs émettant des rayonnements utilisés à des fins médicales, dentaires, industrielles, commerciales, de recherche et de sécurité. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/tan-bronzage/index_f.html http://www.bccdc.org/content.php?item=196 (version anglaise seulement) Compte tenu des préoccupations des Canadiens à l'égard des risques et des problèmes liés à l'utilisation des téléphones cellulaires, Santé Canada a conçu, élaboré et soumis à des essais approfondis un dispositif qui offre un moyen fiable et peu coûteux de vérifier les émissions. Pour voir le type de tableaux de correspondance qui peuvent être établis à l'aide des renseignements fournis par ce dispositif, consulter le site suivant : http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/cell_base_stations/index_f.html Les collaborations, comme celle qui vient de prendre fin avec le gouvernement de la Colombie-Britannique et en vertu de laquelle ce dernier a emprunté un appareil et effectué des relevés dans la région de Vancouver, sont activement recherchées avec d'autres organismes FPT. De concert avec Environnement Canada, nous avons publié un projet de modification au Règlement sur les renseignements concernant les substances nouvelles (RSN) (produits chimiques et polymères) dans la Partie I de la *Gazette du Canada*, le 30 octobre 2004, et nous avons commencé à préparer des consultations multipartites sur la modification de la partie du règlement visant les organismes vivants.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Nous avons négocié et signé avec le ministère des Pêches et des Océans (MPO) et Environnement Canada un protocole d'entente qui définit les rôles et responsabilités de chaque ministère relativement aux organismes aquatiques ayant des caractères nouveaux, en vue de l'élaboration, par le MPO, d'un règlement visant ces organismes, en vertu de la *Loi sur les pêches*. En cas d'urgence nucléaire, en ce qui concerne les personnes exposées à de fortes doses de rayonnements ionisants, l'évaluation constitue un point de départ important pour déterminer la méthode de traitement appropriée. Afin d'assurer une approche uniforme, nous travaillons à l'établissement d'une méthode internationale normalisée pour la dosimétrie biologique, comme méthode privilégiée. Pour une description de la norme utilisée, consulter le site suivant : http://www.iso.org/iso/fr/CatalogueDetailPage.CatalogueDetail?CSNUMBER=33759&ICS1=17&ICS2=240&ICS3=&scopelist
Nous augmenterons notre soutien à la Stratégie de réduction des risques liés au plomb en prenant d'importantes mesures réglementaires pour limiter la teneur en plomb des bijoux pour enfants et interdire l'importation, la promotion ou la vente de bougies munies de mèche à tige métallique contenant du plomb. Ces mesures aideront à protéger la santé des Canadiens en réduisant les risques pour la santé liés à l'exposition au plomb. Le rendement portera sur le retrait des bijoux à teneur en plomb destinés aux enfants et des bougies munies de mèche métallique contenant du plomb sur le marché canadien	Nous avons procédé à la publication finale du Règlement sur les bijoux pour enfants. (46,6 millions de dollars) http://canadagazette.gc.ca/partII/2005/20050601/html/sor132-f.html
Nous chercherons également à faire modifier le Règlement sur les cosmétiques afin d'exiger que les fabricants et les distributeurs de produits cosmétiques divulguent les ingrédients sur les étiquettes de leurs produits	Santé Canada a modifié son règlement (publié dans la Partie II de la *Gazette du Canada* le 1er décembre 2004) de manière à exiger la mention de tous les ingrédients sur les étiquettes de produits cosmétiques, conformément à la Nomenclature internationale pour le Règlement sur les ingrédients des produits cosmétiques (INCI). Grâce à l'étiquetage obligatoire des ingrédients, les Canadiens obtiendront des renseignements pertinents sur la composition des produits cosmétiques vendus au Canada. Le but est d'assurer que les Canadiens soient mieux renseignés sur les cosmétiques qui contiennent des ingrédients auxquels ils peuvent être sensibles. On s'attend par ailleurs à ce que l'étiquetage harmonisé réduise les barrières commerciales et accroisse les possibilités d'échange pour les fabricants canadiens. http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/person/cosmet/cosmetics-reg-cosmetiques_f.html Nous avons procédé à la publication finale de la modification exigeant la divulgation des ingrédients; l'entrée en vigueur est prévue pour novembre 2006. http://www.santecanada.ca/sgh

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Nous continuerons de soutenir la mise en place du système de communication des risques, connu sous le nom de Système général harmonisé (SGH) de classification et d'étiquetage des produits chimiques, afin d'obtenir un système pleinement opérationnel en 2008	Nous menons des consultations auprès des intervenants sur la manière de mettre en place le SGH; les consultations englobent les organisations syndicales et professionnelles, les associations de consommateurs, les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres ministères fédéraux. (0,4 million de dollars)
Programme de santé au travail et de sécurité publique (PSTSP) Nous élargissons les cadres qui guident l'intervention en cas d'urgence physique et psychosociale, initialement élaborés en vertu de l'Initiative du gouvernement du Canada sur la sécurité publique et l'antiterrorisme, afin d'y inclure les urgences de santé publique comme le SRAS	Le volet « mesures et interventions d'urgence » (MIU) du PSTSP pour les urgences physiques met l'accent sur la planification d'urgence visant à assurer la continuité des activités gouvernementales. On a mis en place un volet MIU pour les urgences psychosociales afin d'aider à accroître la résilience des fonctionnaires fédéraux confrontés à un attentat terroriste réel ou à une menace d'attentat et pour prévenir ou atténuer les conséquences de ce type d'événement.
Nous intensifierons nos efforts pour créer une capacité de soutien aux personnes chargées d'intervenir en cas d'urgence et aux fonctionnaires fédéraux qui fournissent des services durant et immédiatement après de graves incidents ou des urgences de santé publique	Le programme MIU pour les urgences psychosociales a publié un guide intitulé *Se préparer et intervenir face à un incident traumatique au travail : un livret pour gestionnaires*, qui est distribué actuellement aux gestionnaires du Ministère. On peut consulter cette publication ainsi qu'un guide électronique plus détaillé sur les sites Internet de Santé Canada et Publiservice. Nous achevons un guide intitulé *Comment composer avec le traumatisme au travail : un guide électronique d'autogestion pour les employés*, qui sera accessible sur support électronique d'ici l'hiver 2005–2006. (0,8 million de dollars)
Nous continuerons à fournir des services d'inspection de l'eau et des aliments et des services d'hygiène publique à plus de 10 millions de voyageurs qui se rendent au Canada annuellement par avion, par train ou par bateau	Nous avons effectué environ 1 200 inspections et vérifications, fondées sur l'estimation des risques pour la santé, dans l'ensemble du Canada. Inspections : • 95 % des paquebots de croisière qui se rendent au Canada ont fait l'objet d'une inspection une fois par saison • 95 % des cuisines de l'air et des cuisines de train de passagers ont été inspectées une fois, selon un calendrier préétabli Pourcentage d'inspections avec obtention de la note de passage : • paquebots de croisière : 97 % • cuisines à bord des trains : 97 % • cuisines hors des trains : 100 % • cuisines de l'air : 99 % Nous avons délivré plus de 700 certificats de dératisation et n'avons trouvé aucune trace de présence de rats à bord de bateaux au Canada. Les coûts du programme sont entièrement recouvrés auprès des exploitants de moyens de transport (1,55 millions de dollars en 2004–2005). Les exploitants participent chaque année à une réunion des intervenants, au cours de laquelle on discute des coûts des services. Les exploitants mentionnent qu'ils sont satisfaits et jugent qu'ils obtiennent une juste valeur du programme. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/travel-voyage/general/inspection/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Continuer d'offrir le Programme de santé des fonctionnaires fédéraux (PSFF) à plus de 20 ministères fédéraux comptant environ 250 000 personnes	Durant l'année, le PSFF a effectué à l'intention des ministères fédéraux (pour 17,2 millions de dollars) environ : • 15 500 évaluations de la santé • 2 400 vaccinations • 1 100 enquêtes en milieu de travail • 3 650 interventions ergonomiques Le PSTSP a négocié avec succès des PE nationaux avec l'Agence du revenu du Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments et Parcs Canada pour la prestation continue de services de santé en milieu de travail, selon le principe du recouvrement des coûts. Ces négociations ont coïncidé avec le transfert par le Conseil du Trésor de 3,932 millions de dollars provenant de Santé Canada, dans le cadre de la MJANR du Ministère, qui a pris effet le 1er avril 2004.
Exploiter un centre de crise et d'aiguillage ouvert 24 heures, sept jours par semaine, qui répond annuellement à 37 000 appels d'employés travaillant dans 122 organismes du secteur public, y compris les ministères et organismes fédéraux	Plus de 95 % des ministères utilisent les SAE. Le taux de satisfaction des utilisateurs du service est de 98,5 % et celui des ministères clients, de 98,7 %; 100 % des clients de l'année précédente sont revenus. Cinq ministères importants disposent toujours de leur propre programme d'aide aux employés; on discute avec quelques-uns d'entre eux pour faire du SAE leur fournisseur de choix. (4,5 millions de dollars)
Établir des partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les groupes d'intervenants et d'autres ministères fédéraux pour appuyer la recherche afin d'obtenir de meilleures données scientifiques sur les risques pour la santé liés directement et indirectement au milieu de travail et de mieux comprendre la question	Santé Canada continue d'examiner des approches globales à l'égard de la santé au travail, afin d'accroître les connaissances, de relever des pratiques exemplaires et de définir un programme de santé en milieu de travail. (0,29 million de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/index_f.html http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/index_f.html
Mettre l'accent sur la diffusion de l'information concernant la santé en milieu de travail et promouvoir les pratiques efficaces	Le Système de santé au travail, qui représente une approche globale à l'égard des programmes de promotion de la santé, fournit aux employeurs un ensemble de principes directeurs et un processus en sept étapes pour la mise en œuvre de politiques et de pratiques de santé au travail. La demande du public a été confirmée par plus de 200 000 visites du site Internet et plus de 90 000 téléchargements de documents de mai 2004 à janvier 2005.

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Réduire les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées

Les engagements découlant de cette priorité ont orienté les mesures que nous avons prises afin d'assurer la prestation de programmes intégrés d'éducation, de promotion de la santé, de réglementation, de recherche et de surveillance visant à réduire l'exposition des Canadiens aux risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation de tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées.

Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, le taux de tabagisme des Canadiens âgés de 15 ans ou plus était de 20 % dans la première moitié de 2004, soit sensiblement le même depuis 2003. Toutefois, au cours des cinq dernières années, le taux de tabagisme chez les Canadiens a diminué de façon significative puisqu'il atteignait 25 % en 1999. Cette baisse est encore plus spectaculaire chez les jeunes (de 15 à 19 ans), dont le taux de tabagisme est passé de 28 % en 1999 à 20 % au premier semestre de 2004. Le pourcentage d'enfants de moins de 12 ans régulièrement exposés à la fumée du tabac à domicile a également diminué au cours de la même période, passant de 26 % à 12 %. En 2004–2005, notre travail visait à favoriser le maintien de ces tendances générales positives. Les progrès ultérieurs dépendront de la poursuite des efforts déployés pour réduire les taux de tabagisme relativement élevés dans certains segments de la population, comme les jeunes hommes, les Autochtones, les résidents des régions rurales et de certaines régions et les personnes dont la situation socio-économique est précaire.

Nous avons maintenu l'accent sur l'élaboration et l'application dans les collectivités de toutes les régions du pays d'une approche nationale coordonnée de la promotion du renoncement au tabac. Une initiative pilote a été mise en œuvre en partenariat avec les gouvernements provinciaux de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique et avec l'Université de Waterloo. Les participants ont été recrutés et l'étude en cours doit prendre fin en 2006.

Des mesures réglementaires ont également été prises pour modifier les produits du tabac afin de réduire leurs dangers pour la santé. Le Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes a été examiné et approuvé par le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé et sa publication finale est prévue pour 2005. Cette mesure réduira le nombre de décès et les dommages découlant d'incendies attribuables à l'usage de la cigarette.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLA), ratifiée par le Canada, est entrée en vigueur en février 2005. Notre approche en matière de lutte antitabac est généralement conforme à la CCLA. Nous avons proposé un nouveau règlement sur les mises en garde dans la publicité sur le tabac afin que le Canada se conforme à l'article 13 de la CCLA et nous avons tenu des consultations auprès des intéressés sur ce nouveau projet de règlement.

En 2004–2005, nous avons effectué environ 35 000 vérifications de conformité et d'exécution dans quelque 65 000 points de vente au détail dans toutes les régions du Canada, conformément à la *Loi sur le tabac* et aux lois provinciales visant à lutter contre le tabagisme. Nous avons fourni plus de 12 millions de dollars pour l'examen, la recherche et a surveillance de l'observation des lois antitabac. En 2004, la recherche a révélé que, pour la première fois depuis le début de la surveillance en 1995, les taux de conformité des détaillants en ce qui a trait à la possibilité pour les jeunes de se procurer du tabac ont dépassé l'objectif de la Stratégie fédérale de contrôle du tabac, soit 80 % et plus d'ici dix ans. Le taux actuel est de 82,3 %.

Pour renforcer le rôle de leader de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, nous avons entrepris l'élaboration d'un Cadre national d'action sur la consommation et l'abus de drogues au Canada, au moyen de séances formelles de consultation ou d'échange d'information avec les intervenants et d'ateliers thématiques. Nous avons élaboré un programme national de recherche et déterminé la structure de gouvernance globale de la stratégie. Avec les trois millions de dollars obtenus du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue, nous avons financé 51 projets communautaires. Les priorités ont également été fixées

et un appel de propositions a été lancé en vue du financement de projets en 2005–2006.

Dans le contexte de l'application continue de la *Loi réglementant certaines drogues et d'autres substances*, nous avons travaillé avec les organismes d'exécution de la loi afin de cerner plus de 91 000 échantillons de substances contrôlées qui avaient été saisies et fourni des conseils et une aide spécialisées pour le démantèlement de 50 laboratoires clandestins. Afin d'assurer l'accès à certaines substances contrôlées à des fins approuvées et légitimes, nous avons accordé 2 759 exemptions pour l'utilisation de méthadone et 821 autorisations ou exemptions pour l'utilisation de marihuana à des fins médicales. Nous avons mis au point des modifications au Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales dans le cadre de la deuxième phase et avons poursuivi notre collaboration à des projets connexes.

Nous avons publié un rapport complet sur les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) et un rapport sur les points saillants, qui renferment des données clés sur les taux de prévalence au Canada. Comme le révèle l'ETC, la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues est particulièrement courante chez les jeunes et les jeunes adultes du Canada. Nous avons entrepris des activités de promotion de la santé et de réduction de la demande axées sur les jeunes, y compris une campagne de messages sur la marihuana et mis au point des mécanismes de diffusion par l'intermédiaire de médias reconnus. Pour continuer d'assurer l'accès aux traitements pour les jeunes et les femmes ayant de graves problèmes de toxicomanie, nous avons versé des fonds aux gouvernements provinciaux au titre du Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, programme à frais partagés à égalité et nous avons fourni des services de collecte de données, d'analyse de données et de diffusion des connaissances. Un plan a été mis au point pour réorienter le programme afin que les populations cibles, soit les jeunes et les femmes ayant des problèmes de toxicomanie, continuent d'avoir accès à des traitements novateurs.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées Diriger la Stratégie canadienne antidrogue et travailler en partenariat avec les provinces et les territoires, les municipalités, les organismes non gouvernementaux et les groupes d'intervenants	http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_f.html
Continuer d'appliquer la *Loi réglementant certaines drogues et d'autres substances* et le règlement y afférent, de concevoir des stratégies de réduction des méfaits et de promotion afin de lutter contre la consommation excessive d'alcool et de drogues, de fournir des conseils scientifiques spécialisés et des services d'analyse de drogues aux organismes d'exécution de la loi et de gérer le Programme de recherche sur l'usage de la marihuana à des fins médicales de Santé Canada	Nous avons : • élaboré des modifications (phase 2) au Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales (RAMFM) et continué à collaborer à des projets connexes, par exemple le projet pilote de distribution par l'entremise des pharmacies; http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/index_f.html • amorcé la mise en annexe d'un certain nombre de substances contrôlées et l'élaboration d'autres modifications au Règlement sur les précurseurs; http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substancontrol/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	• effectué des analyses aux fins de mise en annexe de nouvelles substances, comme la kétamine et le phosphore rouge ou blanc; • surveillé la production et la distribution de marihuana à des fins médicales (*Prairie Plant System*); http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/supply-approvis/index_f.html • collaboré avec les organismes d'exécution des lois pour identifier plus de 91 000 échantillons de substances contrôlées qui avaient été saisies et fournir des conseils et de l'aide spécialisés pour le démantèlement de 50 laboratoires clandestins; • accordé 2 759 exemptions pour l'utilisation de méthadone et 821 autorisations ou exemptions pour l'utilisation de marihuana à des fins médicales. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substancontrol/analys-drugs-drogues/index_f.html
Les activités de la Stratégie canadienne antidrogue continueront de viser la réduction de l'offre et de la demande de drogues, par l'entremise de programmes de prévention, de réduction des méfaits, de traitement et d'exécution	http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_f.html
En mai 2003, le gouvernement a annoncé qu'il investissait 245 millions de dollars sur cinq ans dans la Stratégie canadienne antidrogue. Santé Canada utilisera ces nouveaux fonds pour renforcer le rôle de leader du gouvernement fédéral dans le cadre de cette stratégie, élaborer un plan d'action national au moyen de séances de consultation ou de partage de l'information avec les intervenants et rendre compte des progrès au Parlement	Nous avons : • amorcé l'élaboration d'un Cadre national d'action sur la consommation et l'abus de drogues au Canada, y compris l'organisation de dix séances formelles de consultation des intervenants et neuf ateliers thématiques; http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/nfa-can/index_f.html • amorcé l'élaboration d'un programme national de recherche, dont quatre documents de travail et la tenue d'un atelier national; http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/nat-res-rech/index_f.html • établi la structure de gouvernance globale de la Stratégie canadienne antidrogue.
En outre, nous intensifierons la recherche effectuée au Canada sur l'abus de drogues et d'alcool, financerons le volet « traitement » du programme des tribunaux pour le traitement des toxicomanies, élaborerons un nouveau programme de subventions et de contributions pour les programmes communautaires novateurs et étendrons les activités de promotion de la santé et de prévention	Nous avons : • effectué des recherches sur un certain nombre de questions clés, dont les suivantes : fumée principale et fumée secondaire du cannabis; coûts évitables (p. ex., ceux concernant les initiatives de politique publique et les modifications du comportement); • amorcé des projets de recherche et des enquêtes sur les sujets suivants : — abus des médicaments psychotropes au Canada; — caractérisation de l'abus d'oxycodone; — taux de prévalence dans le Nord-Ouest; — toxicomanie chez les jeunes de la rue.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
En 2004–2005, Santé Canada établira une base solide pour la nouvelle stratégie et commencera à financer les projets novateurs par l'intermédiaire du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA)	Nous avons : • versé quelque trois millions de dollars pour financer 51 projets; • établi les priorités et lancer l'appel de propositions du FICSA pour 2005–2006. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/fond-comm-fund/index_f.html
En outre, nous terminerons l'élaboration d'un cadre d'évaluation intégré, établirons des activités de promotion de la santé ciblant les jeunes, analyserons les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) et en rendrons compte et examinerons et modifierons le Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales (RAMFM)	Nous avons : • fait approuver par le Conseil du Trésor le cadre horizontal de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) de la SCA; • lancé une campagne de messages sur la marihuana, une brochure sur la marihuana destinée aux parents et aux jeunes et un site Web pour les jeunes et élaboré des mécanismes de diffusion par l'entremise de médias reconnus, comme Actualité Canada; http://www.drugwise-droguesoisfute.hc-sc.gc.ca/index_f.asp http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/index_f.html • analysé les données de l'ETC et diffusé un rapport complet sur les principaux résultats concernant les taux de prévalence au Canada, de même qu'un rapport sur les points saillants. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/alc-can/overview-apercu/index_f.html
Le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT) continuera d'améliorer les traitements offerts aux femmes et aux jeunes aux prises avec des problèmes de toxicomanie	Nous avons : • négocié des ententes de financement sous régime de coûts partagés avec les provinces pour les programmes et services du PTRAT et surveillé leur mise en œuvre; • élaboré un plan pour réorienter le PTRAT, conformément à une entente conclue avec le Conseil du Trésor. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/treat-trait/index_f.html
Programme de lutte contre le tabagisme Prendre des mesures pour encourager les fumeurs à renoncer au tabac. Nous collaborerons avec l'Université de Waterloo et les gouvernements provinciaux de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique pour évaluer une approche coordonnée en la matière. Cette initiative s'inscrira dans le travail que nous effectuerons en 2004–2005 pour soutenir la mise en œuvre d'une telle approche dans l'ensemble des collectivités du Canada	Devrait être terminé en mars 2006. C.-B. : Recrutement terminé : un peu moins de 1 200 participants. (180 milles de dollars) Î.-P.-É. : Au total, 1 211 participants à l'étude ont été recrutés. Tous ont reçu un certain type de counseling en matière de renoncement au tabac. (128 milles de dollars) Dans ces deux provinces, on a constaté que la population générale était plus consciente des options offertes en matière de renoncement au tabac.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Les données continues de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada constitueront la meilleure preuve de la réussite de ces initiatives et d'autres	Selon les derniers résultats de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) fondés sur les données recueillies entre février et juin 2004, un peu plus de cinq millions de personnes, représentant 20 % de la population âgée de 15 ans ou plus, sont des fumeurs; de ce nombre, 15 % ont déclaré qu'elles fumaient quotidiennement. Ce pourcentage est comparable aux taux enregistrés pour la première moitié de 2003 (20 % pour les fumeurs actuels et 16 % pour les fumeurs quotidiens). Environ 23 % des hommes de 15 ans ou plus fument actuellement, ce pourcentage étant légèrement supérieur à la proportion de femmes (17 %). (1,37 millions de dollars) http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/index_f.html
Travailler à l'élaboration d'un règlement qui imposeraient des changements aux cigarettes afin de réduire le nombre d'incendies provoqués par l'usage de la cigarette de même que les dommages et les décès qui en découlent	La publication définitive est prévue pour juin 2005. En 2004–2005 : • le Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes et le Règlement modifiant le Règlement sur les rapports relatifs au tabac ont été préalablement publiés dans la partie 1 de la *Gazette du Canada*; • ils ont été examinés et approuvés par le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/legislation/reg/ignition-allumage/index_f.html
Ratification de la *Convention-cadre pour la lutte antitabac*	Canada a été l'un des 40 premiers pays à ratifier et à mettre en application la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* (CCLA), le premier traité mondial sur la santé publique. La CCLA, qui est entrée en vigueur le 27 février 2005, vise à protéger les générations actuelle et futures des répercussions sanitaires, sociales, environnementales et économiques de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, en renforçant les initiatives de lutte contre le tabagisme partout dans le monde. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_07bk1_f.html http://www.who.int/tobacco/framework/en/ (version anglaise seulement)

Résultat stratégique :
Des produits et des programmes antiparasitaires durables pour les Canadiens

Résultat pertinent dans « Le rendement du Canada » : Des Canadiens en meilleure santé ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Prévenir les risques inacceptables pour les humains et l'environnement découlant de l'utilisation de pesticides.

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	45,3	48,7	47,5
Revenus prévus	(7,0)	(7,0)	(6,1)
Dépenses nettes	38,3	41,7	41,4*
ETP	541	546	475

* *Représente 9,5 % des dépenses réelles au titre de la promotion et de la protection de la santé (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).*

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables au :

- financement des activités liées au virus du Nil occidental grâce à la présentation au Conseil du Trésor sur le système de santé publique pancanadien.

Résultats intermédiaires

- Protection de la santé et de l'environnement
- Confiance accrue du public et des intervenants dans la réglementation des pesticides
- Utilisation accrue de pratiques et de produits antiparasitaires à risque réduit

Résultats immédiats

- Accès à des pesticides plus sûrs
- Population et intervenants informés
- Transparence de la réglementation des pesticides
- Renforcement de la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) et à son règlement
- Utilisateurs informés au sujet des pratiques à risque réduit
- Efficacité et efficience accrues en matière de réglementation

Priorités

- Assurer l'innocuité et l'efficacité des produits antiparasitaires
- Assurer la conformité à la LPA
- Assurer le recours à des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides

Programme, ressources et liens avec le résultat

Programme	Dépenses réelles (en M $)[1]	Liens avec le résultat
Homologation des nouveaux produits antiparasitaires et prise d'une décision à leur sujet	20,0	Procéder à des évaluations de risque pour la santé humaine, la sécurité et l'environnement et à des évaluations d'efficacité et d'intérêt, fixer des limites maximales de résidu (LMR) et prendre des décisions de réglementation conformément aux normes de rendement applicables relativement aux demandes d'homologation de nouveaux produits antiparasitaires.
Évaluation des produits antiparasitaires homologués et prise de décision à leur sujet	8,2	Réévaluer les anciens pesticides en fonction des données et des renseignements courants afin de déterminer si le maintien de leur homologation est acceptable (s'ils satisfont aux normes de sécurité modernes) et le cas échéant, à quelles conditions.
Conformité	6,8	Promouvoir, maintenir et assurer la conformité à la LPA au moyen d'enquêtes et d'inspections coordonnées avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres ministères fédéraux.
Réduction des risques associés aux pesticides	2,7	Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des lignes directrices pour une lutte antiparasitaire durable et mettre au point des approches novatrices dans le cadre de partenariats.
Améliorations à la réglementation	3,7	Concevoir des initiatives stratégiques pour le recours à la technologie de l'information, l'élaboration des politiques, les modifications aux lois et règlements et la communication, afin de donner suite aux engagements à améliorer le rendement et la transparence et à réduire les coûts, tout en maintenant à un degré élevé la protection de la santé et de l'environnement.

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Résumé

Afin de prévenir les risques inacceptables pour les humains et l'environnement, Santé Canada réglemente l'importation, la vente et l'utilisation de pesticides en vertu de l'autorité fédérale de la LPA et du règlement y afférent. Les responsabilités réglementaires permanentes constituent la majeure partie du travail, entièrement axé sur la réalisation de notre résultat stratégique. En nous fondant sur des approches et des protocoles internationalement reconnus, nous avons effectué des évaluations scientifiques de la santé, de l'environnement et de l'intérêt. Les pesticides ne sont homologués que si les risques qu'ils présentent pour la santé et l'environnement sont jugés acceptables et si le produit est efficace. Pour ce qui est des produits alimentaires, nous fixons des LMR pour les pesticides en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Nous réévaluons les anciens pesticides afin de voir si leur utilisation continue d'être acceptable compte tenu des approches scientifiques courantes. En outre, nous facilitons, encourageons et optimisons la conformité à la LPA et aux conditions d'homologation.

Santé Canada dirige les efforts fructueux déployés en collaboration avec les autres ministères fédéraux à vocation scientifique en vue d'améliorer la coordination de la recherche et des activités de réglementation ayant trait aux pesticides[13]. Nous travaillons en étroite collaboration avec le Mexique, les États-Unis et les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) afin d'harmoniser les approches réglementaires pour l'évaluation des pesticides. Nos mesures de vérification de la conformité nous amènent fréquemment à collaborer avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et les gouvernements provinciaux. Notre ministère continuera à travailler avec Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC) pour élaborer des stratégies de réduction des risques pour le secteur agricole et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires spécialisés qui sont essentiels aux agriculteurs canadiens.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Assurer l'innocuité et l'efficacité des produits antiparasitaires

En procédant à l'évaluation des nouveaux pesticides et à la réévaluation des anciens, Santé Canada a aidé à faire en sorte que les risques associés aux pesticides ne menacent pas la santé des Canadiens et la salubrité de leur environnement. Nous avons continué à améliorer les délais pour l'homologation des nouveaux pesticides et nous avons fait des progrès dans la poursuite de nos objectifs de réévaluation. L'amélioration de l'accès à des produits à risque réduit comme solutions de rechange aux pesticides traditionnels demeure une priorité. Santé Canada a contribué à renforcer la compétitivité du secteur agroalimentaire canadien en améliorant l'accès aux pesticides « pour usages limités » qui autrement ne seraient pas commercialisés au Canada en raison des faibles ventes prévues.

[13] Tableau des activités horizontales (http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/bpcpr-rcprp/description_f.asp).

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Publier un nouveau règlement afin que la nouvelle LPA[14] entre en vigueur. Aux termes de ce règlement, les fabricants de pesticides devront : • créer une base de données afin de saisir et de surveiller les données sur les ventes de pesticides • déclarer les effets secondaires potentiels • fournir aux travailleurs des renseignements sur l'innocuité des produits au moyen du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT)	La mise en œuvre de la nouvelle LPA continue d'être hautement prioritaire. La nouvelle loi permettra de renforcer la protection sanitaire et environnementale, d'améliorer la transparence du système de réglementation et de renforcer le contrôle des pesticides après leur homologation. Dans les secteurs relevant de notre compétence, l'esprit de la nouvelle LPA est déjà mis en œuvre sous forme de politiques. Par exemple, nous effectuons des évaluations cumulatives des risques, réévaluons les anciens pesticides et diffusons les projets de décisions réglementaires à des fins de consultation publique. Durant l'exercice, nous avons publié trois projets de règlement dans la partie 1 de la *Gazette du Canada*, afin que la population puisse les consulter (le Règlement sur les déclarations des effets néfastes; le Règlement concernant les rapports sur les renseignements relatifs aux ventes; et le Règlement sur les renseignements relatifs à la sécurité). Au nombre des activités permanentes, mentionnons la rédaction de la version finale des règlements et la révision des règlements existants à la lumière de la nouvelle LPA. Nous en sommes en train d'établir l'infrastructure opérationnelle interne, y compris l'environnement électronique, en vue de la mise en œuvre de la loi en 2005–2006.
Améliorer la coordination de la recherche et des activités de réglementation sur les pesticides	Santé Canada a facilité l'échange de renseignements avec les autres ministères responsables d'activités de recherche et de surveillance concernant les pesticides. Parmi les projets permanents visant une meilleure évaluation des risques liés aux pesticides et des méthodes d'atténuation, mentionnons : de nouveaux scénarios d'exposition pour les organismes aquatiques; des modèles de détermination de la dérive pour l'agriculture; une politique sur les espèces à risque; des évaluations de l'exposition pour l'eau potable. Pour obtenir des précisions sur les plans, les dépenses et les résultats relatifs à cette initiative, visiter le site Web du SCT : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/bpcpr-rcprp/description_f.asp
Examiner les demandes d'homologation de nouveaux pesticides dans les plus courts délais possibles. En outre, continuer de partager le travail et d'harmoniser les exigences en matière de données avec les organismes de réglementation internationaux	Santé Canada a procédé à l'homologation de neuf nouveaux ingrédients actifs, dont sept conformément aux normes de rendement (78 %). La charge de travail est demeurée lourde : plus de 3 250 décisions réglementaires ont été prises en ce qui concerne l'homologation de nouveaux pesticides ou l'apport de modifications. Par suite de nos efforts d'harmonisation soutenus, 16 demandes d'homologation ont fait l'objet d'un examen conjoint ou partagé. Environ 50 % des nouvelles demandes d'homologation d'ingrédient actif font l'objet d'un examen conjoint. Cette façon de procéder se traduit par des économies additionnelles, l'accès plus rapide aux nouveaux pesticides et la réduction des irritants commerciaux entre les pays. Les principales décisions réglementaires prises sont accessibles à l'adresse suivante : http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pubs/newpesticides-f.html Dépenses au chapitre de l'homologation de nouveaux produits antiparasitaires et des décisions connexes : 20,1 millions de dollars

[14] *Loi sur les produits antiparasitaires* http://lois.justice.gc.ca/fr/P-9.01/index.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Réévaluer 401 ingrédients actifs homologués avant 1995, en ayant recours à des méthodes modernes d'évaluation des risques et à des données scientifiques courantes (2006 pour les pesticides utilisés pour les aliments et 2008 pour les autres). Rendre compte des progrès au Parlement et publier le document décisionnel	Ce programme aidera à faire en sorte que seuls les produits antiparasitaires sûrs et durables continuent d'être utilisés au Canada. D'importants progrès ont été enregistrés dans la réalisation de cet objectif. Pour ce seul exercice, nous avons mis au point 33 décisions et proposé 35 autres. Jusqu'à présent, nous avons réévalué 182 (45 %) des 401 ingrédients actifs. En date du 31 mars 2005, des décisions de réévaluation avaient été prises ou proposées pour 182 ingrédients actifs. Un rapport d'étape a été présenté au Comité permanent de l'agriculture et de l'agroalimentaire et aux comités d'intervenants. Le plan de travail de réévaluation et toutes les décisions de réévaluation sont accessibles à l'adresse suivante : http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pubs/newpesticides-f.html Dépenses au chapitre de l'évaluation des produits antiparasitaires homologués et des décisions connexes : 8,2 millions de dollars.
Assurer un accès rapide aux pesticides à risque réduit et rendre compte des résultats de l'homologation	L'accès des Canadiens à des pesticides plus sûrs, y compris à des pesticides à risque réduit, est une priorité. Les pesticides à risque réduit offrent de meilleures possibilités en ce qui concerne le risque sanitaire ou environnemental, comparativement aux autres produits utilisés pour les mêmes fins. Plus de 69 % des ingrédients actifs à risque réduit qui ont été homologués ou qui sont en cours d'homologation aux États-Unis sont homologués ou en voie de l'être au Canada. Huit des neuf ingrédients actifs homologués en 2004–2005 étaient à risque réduit; l'un d'entre eux a été homologué à l'issue d'un examen conjoint. La liste complète des ingrédients actifs, produits et usages à risque réduit disponibles au Canada est accessible à : http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pdf/rr/rr2005-01-f.pdf
Santé Canada et AAC faciliteront l'accès aux produits à risque réduit à des fins agricoles, y compris aux pesticides pour usages limités	Santé Canada a examiné 117 projets de consultation préalable à la demande d'homologation présentés par AAC, les provinces ou le secteur de la foresterie et 43 demandes d'homologation présentées par AAC ou les provinces pour des produits pour usages limités. Au total, 65 nouveaux produits pour usages agricoles limités ont été homologués, y compris 42 à risque réduit. Grâce à ce programme, les agriculteurs canadiens ont plus facilement accès aux pesticides nouveaux et rentables nécessaires à une agriculture durable.

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Assurer la conformité à la *Loi sur les produits antiparasitaires*

Nous nous acquittons de notre responsabilité permanente de protéger la santé des Canadiens et la salubrité de leur environnement en facilitant, en encourageant et en optimisant la conformité à la LPA et aux conditions d'homologation. Axé sur les inspections et les enquêtes auprès des fabricants, des vendeurs, des distributeurs et des utilisateurs de pesticides, le programme de conformité est mis en œuvre par l'entremise d'un réseau d'agents régionaux de Santé Canada et d'inspecteurs de l'ACIA présents dans toutes les régions du Canada.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Rendre compte du nombre d'enquêtes et d'inspections effectuées et de mesures d'exécution prises	Santé Canada a procédé à 574 enquêtes et à 1 110 inspections dans le pays pour s'assurer que les pesticides sont fabriqués, vendus et utilisés de manière sécuritaire. Dans le cadre de ces activités, nous avons retenu 125 produits, refusé l'entrée au Canada de quatre produits non homologués, mis en œuvre 381 mesures de sensibilisation et émis 19 avis de violation entraînant des sanctions pécuniaires administratives (SPA). Dépenses au chapitre de la conformité : 6,8 millions de dollars.
Étudier de quelle manière les organismes canadiens et internationaux comparables ciblent, mesurent et déclarent leurs activités de conformité et rajuster en conséquence nos procédures opérationnelles d'ici la fin de 2007	À partir des cadres intégrés de gestion des risques de l'administration fédérale et du Ministère, nous avons mis à jour la politique de conformité et d'exécution afin de cibler les programmes et activités de conformité en visant les secteurs à risque élevé. La politique mise à jour sera publiée en 2005–2006. Le Ministère envisage également diverses options pour améliorer la collaboration fédérale-provinciale en matière de conformité. Santé Canada organise actuellement un atelier de l'OCDE sur la conformité, qui se tiendra en juin 2006 et qui aura pour but de promouvoir le ciblage en fonction du risque, la mesure des résultats et l'établissement de rapports sur les activités de conformité et d'exécution.

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Assurer le recours à des pratiques de lutte antiparasitaire durables qui réduisent la dépendance à l'égard des pesticides

Compte tenu de l'intérêt croissant des Canadiens pour la réduction des risques associés aux pesticides, nous avons à cœur d'intégrer les principes du développement durable à la lutte antiparasitaire. L'objectif est de renseigner les Canadiens sur les pratiques à risque réduit afin de réduire la dépendance à l'égard des pesticides traditionnels et d'accroître le recours à des solutions de rechange. Nous avons continué d'élaborer et de promouvoir des produits et des pratiques antiparasitaires durables en collaboration avec les autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, les agriculteurs, l'industrie des pesticides et les organismes non gouvernementaux. http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/spm/spm-f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
En collaboration avec AAC, poursuivre l'élaboration de fiches techniques sur les cultures et mettre en œuvre des stratégies de réduction des risques pour les produits agricoles En collaboration avec ses partenaires fédéraux et provinciaux, Santé Canada élaborera un indicateur de risque pour les pesticides permettant d'évaluer la réduction du risque. Santé Canada et AAC mettront au point un indicateur pour évaluer l'adoption de la lutte intégrée en agriculture	En collaboration avec AAC, Santé Canada a établi 20 fiches techniques sur les cultures, lancé deux nouvelles stratégies de réduction des risques et poursuivi le travail sur six autres stratégies. Au nombre des activités permanentes, mentionnons l'élaboration d'un indicateur de risques pour les pesticides, aux fins d'évaluation de la réduction du risque et des activités de collaboration avec les provinces pour l'adoption de l'indicateur. Les stratégies de réduction des risques permettront de mettre à la disposition des agriculteurs canadiens des produits, pratiques et outils de réduction des risques plus efficaces, favorisant ainsi une agriculture durable. En 2004–2005, Santé Canada a investi environ 4 millions de dollars dans cette initiative.
Promouvoir auprès des propriétaires l'adoption de la lutte intégrée pour l'entretien des pelouses et fournir de meilleurs renseignements sur la réduction des risques sur les étiquettes des pesticides. En outre, travailler à l'élaboration d'un système harmonisé de classification des pesticides pour le Canada	Entre autres efforts permanents, signalons la négociation d'un système de classification national pour les pesticides ménagers, ainsi que les progrès enregistrés en ce qui a trait aux projets de communication de l'information et d'amélioration des étiquettes. Des rapports d'étape semestriels ont été remis aux intervenants. Depuis 2001, trois des sept stratégies pour des pelouses saines ont été menées à terme. L'objectif du programme est de réduire la dépendance vis-à-vis des pesticides pour l'entretien des pelouses et de promouvoir l'utilisation sécuritaire des pesticides. http://www.healthylawns.net/
La nouvelle LPA soutient l'objectif de la réduction des risques, de diverses manières. Santé Canada élaborera de nouvelles politiques et procédera à des consultations à ce sujet, afin de faciliter le recours aux stratégies et aux produits axés sur la réduction des risques. En outre, nous consulterons les intervenants sur le règlement relatif aux pesticides pour usages limités	Même si ces activités de réduction des risques sont autorisées par la nouvelle LPA, elles ne sont pas essentielles à une mise en œuvre efficace de la nouvelle loi. Il n'y a pas de résultat attendu de ces activités étant donné que les efforts sont concentrés sur les dispositions essentielles de la loi.

Page d'accueil de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) http://www.pmra-arla.gc.ca

Plan stratégique de l'ARLA 2003–2008 : http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pdf/plansandreports/pmra_strategicplan2003-2008-f.pdf

Résultat stratégique :

Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé

Résultat pertinent au titre du « rendement du Canada » : Des Canadiens en santé ayant accès à des services de santé de qualité

Objectif

Un système de santé qui donne de meilleurs résultats sur le plan sanitaire grâce à une utilisation plus efficace des technologies de l'information; recherche accrue et améliorée dans le domaine de la santé; utilisation efficace d'une base de renseignements en santé à jour, accessibles et fiables; analyse en vue d'une prise de décisions axée sur des données probantes et d'une reddition de comptes améliorée à la population.

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	98,7	107,9	107,3
Revenus prévus	0	0	0
Dépenses nettes	98,7	107,9	107,3*
ETP	608	614	629

** Représente 3,8 % des dépenses réelles du Ministère (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).*

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement accru pour le résultat stratégique Accès à des soins de santé de qualité en ce qui concerne le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Programme d'accès aux services pour les collectivités de langue officielle en situation minoritaire
- réduction en vertu des autorisations découlant du financement direct lié à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et consigné dans le Rapport sur le rendement de l'Agence

Les dépenses réelles sont inférieures de 0,6 million de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- rajustements de fin d'année des dépenses du ministère de la Justice.

Résultats intermédiaires

- Amélioration des politiques et des programmes de santé
- Amélioration du processus décisionnel en santé et des services de santé
- Exécution plus efficace des programmes de Santé Canada

Résultats Immédiats

- Meilleure compréhension des questions de santé et du rendement du système de santé
- Utilisation accrue de la cybertechnologie dans le secteur de la santé
- Fiabilité accrue des services de gestion de l'information, de technologie de l'information et de gestion du savoir (GI/TI/GS)

Priorités

- Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé
- Élaborer un cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels en matière de santé
- Accroître l'accès à l'information et aux données sur la santé et leur utilisation dans les processus décisionnel et redditionnel
- Mettre en œuvre une stratégie de gestion de l'information et de technologie de l'information

Programme, ressources et liens avec le résultat

Programme	Dépenses réelles (en M $)[1]	Liens avec le résultat
Les activités entreprises conformément à ce résultat stratégique sont liées généralement aux services de soutien ministériels permanents, plutôt qu'à des programmes définis	Sans objet	Sans objet

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Résumé

Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications dans le processus décisionnel en matière de santé

Deux secteurs d'activité du Ministère sont concernés par ce résultat stratégique. Le premier est la prestation continue de services de technologie de l'information (TI), de gestion de l'information et de gestion du savoir à Santé Canada, secteur auquel nous consacrons la majeure partie des ressources mentionnées dans le tableau ci-dessus. En 2004–2005, en plus d'exécuter nos activités quotidiennes normales, nous avons élaboré ou mis en œuvre des stratégies pour nous permettre de répondre aux besoins, de la manière la plus rentable possible, dans des secteurs comme l'amélioration des capacités en télécommunications et la sécurité de la TI.

En outre, nous représentons le centre de référence de Santé Canada pour le règlement, avec l'aide de nos partenaires, de questions stratégiques clés comme l'élaboration de normes et la télésanté; ce centre est essentiel à la mise en place de la cybersanté et à l'utilisation accrue des technologies de l'information et des communications dans le système de soins de santé. De plus, nous améliorons l'accès aux données nécessaires aux décideurs du domaine de la santé pour prendre des décisions éclairées. Nous travaillons aussi avec d'autres collaborateurs pour élaborer des indicateurs de rendement qui permettent aux gouvernements et au système de santé de prouver qu'ils s'acquittent de leurs responsabilités envers les Canadiens.

En 2004–2005, dans l'ensemble, nous avons atteint ou dépassé nos objectifs dans tous ces secteurs. Par exemple, étant donné que les Canadiens s'attendent à ce que les questions de protection et de confidentialité des renseignements personnels soient prises en compte dans le contexte de l'utilisation des technologies de l'information en santé, nous avons travaillé avec de nombreux partenaires pour trouver des solutions aux questions stratégiques pertinentes. Nous avons en outre effectué et financé une recherche sur la politique et l'administration de la santé qui appuie la prise de meilleures décisions dans le système de santé. Enfin, nous avons dirigé la contribution fédérale aux efforts visant à donner suite à l'engagement des gouvernements fédéral et provinciaux de rendre compte aux Canadiens du mode de fonctionnement du système de santé.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé

Une utilisation accrue des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé est essentielle à la création d'un système de santé viable qui offre aux Canadiens un meilleur accès aux services, dès maintenant et dans l'avenir. Depuis 2001, le gouvernement fédéral a alloué 1,2 milliards de dollars à *Inforoute Santé du Canada Inc.* pour travailler avec les provinces et les territoires à l'élaboration de solutions de cybersanté pancanadiennes pour le dossier électronique de santé (DES), la télésanté et la surveillance de la santé. Par exemple, en collaboration avec les provinces et les territoires, *Inforoute* s'est fixé comme objectif la mise en place d'ici 2009, dans 50 % des régions canadiennes (selon la population), des éléments de base d'un DES interopérable. Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, Santé Canada a continué de concentrer ses efforts sur les principales questions stratégiques à régler avant qu'une approche pancanadienne efficace en matière de cybersanté puisse être mise en œuvre.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Soutenir *Inforoute Santé du Canada Inc.* : Santé Canada continuera de soutenir les efforts d'*Inforoute* par des activités d'élaboration de politiques, entre autres la collaboration intergouvernementale par l'entremise du Comité consultatif FPT sur l'information et les nouvelles technologies Régler les questions stratégiques de cybersanté : En sa qualité de leader et de partenaire pour les questions de santé, Santé Canada continuera à travailler, au cours des trois prochaines années, avec les provinces, les territoires, *Inforoute* et d'autres intervenants du domaine de la santé pour élaborer des options stratégiques qui permettront de donner suite aux préoccupations stratégiques de ses partenaires et des Canadiens quant à la cybersanté	Santé Canada a continué de soutenir *Inforoute* par des activités d'élaboration de politiques, dans des secteurs comme l'élaboration de normes et la télésanté, en travaillant en partenariat avec les provinces et les territoires pour appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un système pancanadien de cybersanté. Une réunion des personnes-ressources clés sur la cybersanté et le renouvellement des soins de santé primaires a permis de recueillir des renseignements pour les activités d'élaboration de politiques de Santé Canada et les travaux d'*Inforoute*.

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Élaborer un cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels en matière de santé

Il est essentiel que nous assurions la protection de la confidentialité des renseignements personnels si nous voulons que la population soutienne le DES et les autres éléments d'une approche pancanadienne en matière de cybersanté. En 2004–2005, nous avons mis l'accent sur la collaboration avec nos partenaires en vue de déterminer la meilleure façon de répondre à ces attentes légitimes dans le contexte de l'utilisation des nouvelles technologies.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Élaborer une approche harmonisée pour la protection de la confidentialité des renseignements personnels en matière de santé : Santé Canada collaborera avec ses partenaires à l'élaboration, d'ici l'automne 2004, d'un cadre pancanadien de protection de la confidentialité, qui définira des méthodes harmonisées et uniformes de manipulation des renseignements personnels en matière de santé	Conscients de l'importance qu'accordent les Canadiens à la protection des renseignements personnels, nous avons terminé l'élaboration du *Cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé* à la fin de 2004. Ce dernier a été sanctionné par les sous-ministres FPT de la Santé en janvier 2005 (le Québec et la Saskatchewan ne se sont pas prononcés). Le cadre a un rôle titre indicatif plutôt que normatif étant donné que les législateurs ont le pouvoir ultime de déterminer le type de loi sur la protection des renseignements personnels qu'ils souhaitent adopter. Il expose un ensemble de règles harmonisées pour la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels en matière de santé, tout en permettant la transmission de renseignements au besoin pour faciliter la prestation des soins de santé, la gestion du système de santé et l'interopérabilité des dossiers de santé.

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Accroître l'accès à l'information et aux données sur la santé et leur utilisation dans les processus décisionnel et redditionnel

Compte tenu de l'importance que les Canadiens accordent à la santé et de la nécessité d'utiliser à bon escient les ressources publiques, les premiers ministres se sont mis d'accord sur des mécanismes de reddition de comptes, par exemple l'utilisation d'indicateurs comparables. Les gouvernements et les responsables du système de santé tentent également de recueillir des statistiques sanitaires beaucoup plus vastes afin de faire des choix plus éclairés en matière de politiques et de programmes et également aux fins de la gestion du rendement. En 2004–2005, le Ministère a assuré la coordination de cette tâche au sein du gouvernement du Canada et a dirigé le travail effectué en collaboration avec les autres gouvernements afin de donner suite à ces attentes. Cette orientation a été confirmée par l'engagement des premiers ministres, en septembre 2004, à mettre en œuvre le Plan décennal pour consolider les soins de santé, lequel prévoit notamment l'amélioration de la reddition de comptes aux Canadiens dans des secteurs prioritaires comme les temps d'attente, les soins à domicile, les ressources humaines en santé, la réforme des soins de santé primaires et l'innovation dans le domaine de la santé. Le rôle central de notre ministère a également été confirmé par le travail que nous avons effectué pour élaborer un nouveau cadre de mesure du rendement et améliorer les évaluations de programmes.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Rendre compte d'indicateurs de santé comparables : Santé Canada continuera de collaborer avec les provinces et les territoires pour définir d'autres indicateurs de santé comparables et soumettre un rapport à ce sujet en novembre 2004	S'étant engagés à mieux rendre compte aux Canadiens du rendement du système de santé et à leur présenter des rapports plus détaillés à ce sujet, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de fournir à la population des rapports exhaustifs et périodiques sur les progrès réalisés par rapport aux réformes mentionnées dans le Communiqué de 2000 sur la santé et l'Accord des premiers ministres de 2003 sur le renouvellement des soins de santé. Le Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé a été diffusé le 30 novembre 2004, après avoir été vérifié par la vérificatrice générale, qui s'est déclarée satisfaite de la qualité des données.
Améliorer les statistiques sur la santé En 2004–2005, les priorités étaient les suivantes : Analyser et comprendre les résultats les plus récents de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de Statistique Canada, qui dressera le premier portrait détaillé de la nutrition au Canada	L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a été publiée en juin 2004 et mise à la disposition de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) à des fins d'analyse et de partage des données.
Poursuivre la collaboration soutenue avec Statistique Canada en planifiant la première Enquête canadienne sur l'examen de santé, qui permettra d'obtenir les premières mesures physiques détaillées de la santé des Canadiens, comme la pression artérielle	Nous avons collaboré avec l'ASPC et transmis périodiquement des commentaires à Statistique Canada en ce qui concerne les priorités de l'Enquête canadienne sur l'examen de santé, y compris les mesures physiques à recueillir, le libellé de l'enquête, sa logistique et son financement général. L'enquête se terminera en 2007–2008.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Combler les lacunes de la recherche sur les politiques : Cerner les principales lacunes de la recherche en matière de politiques, sur lesquelles porteront les futurs travaux et définir les conditions et les projets précis pour la recherche subséquente	Au moyen d'un mécanisme de collaboration mobilisant toutes les directions générales hiérarchiques, quatre secteurs prioritaires pour la recherche sur les politiques ont été circonscrits et approuvés par la direction du Ministère : l'innovation dans le domaine de la santé; la santé des collectivités; la viabilité du système de santé des Premières nations et des Inuits; la recherche sur la réglementation. Ces programmes de recherche pluriannuels, qui comportent des volets interne et externe, sont en cours d'exécution. Nous avons publié deux Bulletins de recherche sur les politiques de santé : *Les ressources humaines en santé : l'offre et la demande en équilibre* et *Les enfants victimes de maltraitance : un enjeu de santé publique*. http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/index_f.html - 3
Améliorer le Cadre de gestion du rendement de Santé Canada : Obtenir des renseignements sur la mesure du rendement dans les secteurs où ils font défaut à l'heure actuelle et améliorer, dans la mesure du possible, les premières données sur le rendement	Notre première série de données sur le rendement a été produite en 2004–2005, marquant le début d'un processus qui allait durer au moins deux autres années, afin de fournir suffisamment de données pour permettre une interprétation valable. Nous avons utilisé notre Cadre de gestion du rendement pour faciliter l'élaboration de l'Architecture d'activités de programme du Ministère.
Renforcer les évaluations : Faire en sorte que les évaluations soient plus utiles pour les prises de décisions du Ministère et des organismes centraux et renforcer le rendement et le processus redditionnel du Ministère	Nous avons continué d'élaborer et de mettre en œuvre de nouveaux outils, normes et lignes directrices afin de renforcer notre rôle d'intendance en matière d'évaluation de programme. Entre autres, nous avons mis au point un processus axé sur les risques pour faciliter la planification et la détermination des principales évaluations, de même que des outils pour évaluer la qualité des plans de travail de projet d'évaluation, des rapports d'évaluation et des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats et pour effectuer des évaluations de l'évaluabilité.
Élargir le Portail canadien sur la santé (PCS) : Le Ministère cherchera à étendre ses partenariats au-delà des 17 ministères et organismes fédéraux qui fournissent déjà des ressources pour le PCS dans le cadre de l'initiative *Gouvernement en direct*, ce portail étant accessible sur le site du gouvernement du Canada et offrant des renseignements sur la santé	Depuis l'an dernier, les visites au Portail canadien sur la santé ont augmenté de 38 %. · Les frais d'exploitation s'élèvent actuellement à 635 100 $. · Durant l'année, nous avons négocié avec la ville de Toronto et les gouvernements du Manitoba et de l'Ontario au sujet de leur participation au Portail canadien sur la santé.

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Mettre en œuvre une stratégie ministérielle de gestion de l'information et de technologie de l'information

Étant donné l'importance des technologies de l'information et des communications et également nos ressources financières limitées, nous avons mis l'accent sur l'élaboration de processus pour l'établissement de priorités claires. Par exemple, nous avons mis au point l'ébauche finale d'une stratégie ministérielle de gestion de l'information et de technologie de l'information, afin de guider les dépenses et les choix en matière de technologies, en particulier à la lumière de nos besoins croissants en gestion de l'information et en télécommunications.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Améliorer les pratiques de GI et détailler le cadre de GI : Le Ministère déterminera la meilleure façon d'améliorer les pratiques de GI et de détailler le cadre de GI ministériel	Nous avons défini les priorités de la gestion de l'information et un modèle ministériel de gestion des documents. Nous avons étudié la faisabilité technique de la mise en place à Santé Canada du Système (fédéral) de gestion des dossiers, des documents et de l'information (SGGDI) à compter de 2006–2007. Un processus de vérification de la capacité de gestion de l'information et un plan de viabilité de la gestion de l'information ont été élaborés.
Maintenir et améliorer l'infrastructure technologique : Prendre des mesures à l'égard des secteurs prioritaires au cours des prochaines années, y compris en ce qui concerne la capacité en matière de télécommunications, afin de répondre aux besoins en services de télésanté, en réseaux de stockage pour l'échange de l'information venant des provinces ou des intervenants et en sécurité pour ce qui est de la protection des renseignements personnels et de l'atténuation des menaces	Capacité en matière de télécommunications : En collaboration avec Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, nous avons doté un plus grand nombre de collectivités canadiennes d'une capacité d'accès à la télésanté en leur fournissant une connectivité de réseau par l'intermédiaire des Services de réseaux convergents. Réseaux de stockage : En 2004–2005, les efforts ont surtout porté sur les télécommunications, comme il est mentionné plus haut. Parmi les orientations futures pour les réseaux de stockage de Santé Canada, signalons une meilleure intégration de l'environnement grâce à l'élargissement de notre infrastructure existante. Ceci permettra d'obtenir une redondance complète et l'accès à des sources d'alimentation de secours, le stockage étant déplacé hors site, dans le cadre des efforts de regroupement des installations et des mesures antisinistres. Sécurité de la TI : Le projet Prochaines étapes, une approche centralisée pour la gestion de la TI à Santé Canada, a été approuvé en février 2005. Entre autres activités prévues, mentionnons l'établissement d'un programme permanent de sécurité de la TI, axé sur les risques, qui assurera la conformité à la norme du Secrétariat du Conseil du Trésor sur la Gestion de la sécurité des technologies de l'information (GSTI) d'ici décembre 2006. La mise en œuvre de la norme nous permettra de cerner les risques de sécurité associés à la TI et d'y faire face.

Résultat stratégique :
Soutien efficace à l'exécution des programmes de Santé Canada

Résultats pertinents au titre du « rendement du Canada » : Des Canadiens en santé ayant accès à des services de santé de qualité; Une société inclusive qui favorise la diversité

Objectif

Améliorer les pratiques de gestion et les fonctions de soutien de base; offrir un soutien efficace pour l'exécution des programmes de Santé Canada et l'adoption de pratiques de gestion judicieuses dans l'ensemble du Ministère.

Renseignements financiers

2004–2005 (MILLIONS DE DOLLARS)

	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Dépenses brutes	199,3	251,0	231,7
Revenus prévus	(0,7)	(0,7)	(0,5)
Dépenses nettes	198,6	250,3	231,2*
ETP	1 378	1 149	1 341

** Représente 8,2 % des dépenses réelles du Ministère (en excluant l'Agence de santé publique du Canada).*

Les écarts entre les dépenses prévues et le total des autorisations sont principalement attribuables aux éléments suivants :

- financement de soutien à la construction et à la rénovation d'installations dans les réserves des Premières nations
- financement de la mise en œuvre de certaines initiatives de publicité
- financement direct lié à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et consigné dans le rapport sur le rendement de l'Agence

Les dépenses réelles sont inférieures de 19,1 millions de dollars au total des autorisations, principalement pour les raisons suivantes :

- retards dans la mise en œuvre de certaines initiatives de publicité et en ce qui a trait aux litiges et aux règlements relatifs au sang contaminé
- mise en réserve de fonds pour couvrir les frais supplémentaires lié au régime d'avantages sociaux des employés
- rajustements de fin d'année des dépenses et dépenses moins élevées que prévu dans divers programmes

Résultats intermédiaires :

s/o

Résultats immédiats :

s/o

Priorités

- Meilleure reddition de comptes aux Canadiens grâce à l'amélioration continue des pratiques de gestion et à la gérance rigoureuse des ressources
- Prestation régionale efficace des programmes de Santé Canada, en fonction des besoins locaux
- Meilleure capacité ministérielle de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser des connaissances scientifiques objectives afin de permettre la prise de décisions éclairées et, ce faisant, d'optimiser les résultats en matière de santé et de réduire les risques pour la santé chez les Canadiens
- Mise en œuvre du volet « Santé Canada » du Plan d'action du gouvernement du Canada en matière de langues officielles, qui vise à améliorer l'accès aux services pour les collectivités de langue officielle en situation minoritaire.

Programme, ressources et liens avec les résultats

Programme	Dépenses réelles (en M $)[1]	Liens avec les résultats
Les activités entreprises conformément à ce résultat stratégique sont liées généralement aux services de soutien ministériels permanents, plutôt qu'à des programmes définis	Sans objet.	Sans objet.

[1] *Le libellé initial, « Ressources », a été remplacé par « Dépenses réelles » aux fins de clarification.*

Résumé

Ce résultat stratégique s'applique à la gamme complète des activités liées aux services ministériels, sauf celles se rapportant aux technologies de l'information et à la gestion de l'information, qui relèvent du résultat stratégique « Enrichissement de la base de données probantes et utilisation accrue des technologies de l'information et des communications pour soutenir le processus décisionnel en matière de santé ».

En 2004–2005, en plus d'exécuter nos activités permanentes, nous avons pris de nombreuses mesures pour améliorer la reddition de comptes relative à l'utilisation et à la gestion des ressources et complété ces mesures par de nouvelles initiatives de gestion des risques et une vérification interne renforcée. Nous avons également étendu les activités qui améliorent notre gestion des ressources humaines. Le Ministère étant très présent dans toutes les régions du Canada, notre personnel régional a collaboré avec les collectivités, les administrations provinciales et territoriales et de nombreux autres partenaires pour faire en sorte que les programmes et les services de Santé Canada tiennent compte des besoins et des possibilités propres aux régions.

Ce résultat stratégique vise également l'engagement ministériel à produire et à utiliser des connaissances scientifiques de haute qualité dans l'ensemble de nos stratégies et activités. Le Bureau de l'expert scientifique en chef a continué d'exercer le leadership scientifique à Santé Canada et il a assumé la responsabilité d'un large éventail d'activités visant à faire en sorte que le Ministère possède la capacité scientifique dont il a besoin pour élaborer des politiques et des programmes judicieux. Le Bureau a travaillé d'arrache-pied pour établir des liens entre les scientifiques de Santé Canada et la collectivité scientifique externe.

Les activités de soutien aux programmes de santé des collectivités de langue officielle en situation minoritaire relèvent de ce résultat stratégique. Notre ministère a continué à appuyer diverses mesures ayant pour objet d'améliorer l'accès de ces collectivités aux services de santé dans leur propre langue et d'atteindre d'autres objectifs du Plan d'action du gouvernement du Canada en matière de langues officielles.

PRIORITÉ 1 : EN COURS

Meilleure reddition des comptes aux Canadiens grâce à l'amélioration continue des pratiques de gestion et à la gérance rigoureuse des ressources

En 2004–2005, le groupe des services ministériels a fait de cette priorité l'un de ses thèmes soutenus afin de devenir une organisation responsable et efficace. Parmi les efforts déployés pour atteindre les objectifs du Plan d'action de la Stratégie de gestion moderne, signalons des activités visant à renforcer la reddition de comptes et l'intendance partout à Santé Canada. Afin d'aider à promouvoir de bonnes pratiques de gestion, le Ministère a adopté le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG) proposé par le SCT en 2003. Nous nous servons du GRG pour évaluer les pratiques de gestion et cerner les secteurs où d'autres améliorations pourraient être apportées. Le Ministère est déterminé à promouvoir une culture de gestion moderne en encourageant l'excellence en gestion au sein de son environnement opérationnel complexe.

Le Ministère a travaillé activement à l'établissement de sa nouvelle Architecture d'activités de programme (AAP), à laquelle sont associées des mesures du rendement et un mécanisme de saisie de l'information dans le Système d'information sur la gestion des dépenses (SIGD) du SCT.

De plus, le Ministère fait des progrès réguliers dans la mise en œuvre du Cadre de gestion intégrée du risque (CGIR), comme le confirment l'élaboration du profil de risque organisationnel et l'achèvement récent de l'exercice d'analyse de l'environnement interne. Le risque influe sur la prise de décisions à Santé Canada et des progrès satisfaisants ont été réalisés dans l'intégration de la gestion du risque à la planification opérationnelle et stratégique.

Les stratégies relatives aux ressources humaines et au lieu de travail ont surtout porté sur l'établissement d'un milieu de travail qui illustre « l'éthique en action » et qui soit un modèle de gestion efficace des ressources humaines. En portant une attention accrue aux fonctions de vérification interne et d'enquête spéciale, nous avons renforcé notre capacité de cerner les risques et les problèmes éventuels et de prendre les mesures qui

s'imposent; comme c'est le cas lorsque nous travaillons à l'amélioration de la sécurité des biens.

La volonté du Ministère d'intégrer le développement durable aux opérations s'inscrivait dans une reconnaissance continue, de la part du gouvernement, du rôle de leader que peuvent jouer les ministères fédéraux dans l'application des principes du développement durable aux opérations, de même qu'aux politiques et aux activités de programme.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Donner suite au Plan d'action de la Stratégie de gestion moderne Poursuivre la mise en œuvre du Plan d'action de la Stratégie de gestion moderne et celle du CRG	Dans la mise en œuvre du programme d'amélioration de la gestion, l'évaluation des capacités et des pratiques de gestion du Ministère dans le contexte du CRG a été effectuée. D'importants progrès ont été réalisés dans l'amélioration des pratiques de gestion et le renforcement de la gérance et de la reddition de comptes dans l'ensemble de l'environnement opérationnel complexe du Ministère. Santé Canada continue de déployer des efforts pour établir une culture où les gestionnaires de tous les échelons mettent l'accent sur l'amélioration de la transparence et de l'ouverture et le renforcement de la gérance et de la reddition de comptes.
Renforcer la reddition de comptes et la gérance Concevoir un régime efficace pour surveiller et évaluer activement les méthodes de gestion financière	Santé Canada a commencé à mettre en place un nouveau Cadre de contrôle de la gestion financière. Ce cadre vise de nombreuses priorités connexes pour l'ensemble du Ministère et il est fondé sur une vision claire de la gestion financière, que nous avons relancée en 2004–2005. Un bureau permanent a été créé. Il surveille et circonscrit les améliorations continues à la gestion financière au Ministère et il oblige tous les gestionnaires à suivre une formation à cet égard. Le Ministère continue de former les gestionnaires afin qu'ils puissent assumer leurs responsabilités respectives en matière de gestion financière et utiliser les outils dont ils ont besoin à cet égard, entre autres des instruments de délégation des pouvoirs financiers régulièrement mis à jour. Ce sont ces mécanismes qui nous permettent de clarifier et de mettre en évidence les responsabilités de gérance financière de nos gestionnaires. Nous avons renforcé ces mesures en apportant d'autres améliorations, notamment en rationalisant et actualisant les modalités et conditions qui régissent nos programmes de subventions et de contributions et en renforçant la gestion des contrats au Ministère. Nous avons continué à améliorer nos systèmes de mesure du rendement afin de pouvoir mieux définir les résultats que nous voulons obtenir et de tirer le meilleur parti possible de nos ressources, tout en étendant le recours aux analyses et aux outils de gestion des risques dans tous les secteurs de la planification et des opérations du Ministère. En date du 31 mars 2005, le Conseil du Trésor avait approuvé les ensembles mis à jour de modalités des programmes de notre ministère. Ce processus de renouvellement nous a permis de renforcer la gestion de 47 programmes, répartis entre huit grands ensembles de modalités, seulement six autres ensembles de modalités visant des programmes uniques. Cette modification rationalisera la gestion de ces programmes pour le Ministère comme pour les organismes partenaires. Elle complète notre nouveau cadre ministériel de gestion des subventions et contributions, lancé en 2002. Les systèmes de surveillance, de contrôle et d'examen et les processus liés aux contrats et aux subventions et contributions renforcent la reddition de comptes et l'intendance pour Santé Canada, pour les organismes qui reçoivent des subventions et des contributions et pour ceux qui obtiennent des contrats.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Santé Canada a réalisé des progrès réguliers dans la mise en œuvre de la gestion intégrée du risque, comme en témoignent l'élaboration du profil de risque ministériel et l'achèvement récent du premier exercice d'analyse de l'environnement financier interne, complément de l'analyse de l'environnement externe. Les données issues de ces deux analyses serviront à établir les priorités stratégiques.
	Nous avons poursuivi la mise en œuvre du Cadre de contrôle de la gestion des contrats et du plan d'action connexe qui permettront d'améliorer les pratiques de gestion des contrats de Santé Canada. Au cours de la troisième année de mise en œuvre du cadre et du plan d'action, 98 % des recommandations contenues dans ces documents ont été appliquées. Nous prévoyons que l'objectif de 100 % sera atteint d'ici novembre 2005. Le plan d'action est axé sur un certain nombre d'éléments, dont la participation de la haute direction, l'amélioration des systèmes, pratiques et contrôles de gestion, la structure de gouvernance visant à clarifier les rôles et responsabilités et les obligations redditionnelles des personnes et des comités qui prennent part à la gestion des processus contractuels, la formation obligatoire de quatre jours pour les membres du Comité de contrôle des contrats et des demandes et les employés affectés à l'assurance de la qualité de même que l'instrument de délégation révisé et renforcé qui expose les conditions se rattachant à la délégation des pouvoirs, entre autres une formation obligatoire d'une journée pour tous les gestionnaires et administrateurs de centre de coûts.
Gestion des personnes Offrir aux employés des occasions de discuter de valeurs et de questions d'éthique, ainsi que des conseils, un soutien et des outils, par l'intermédiaire du Centre d'éthique en milieu de travail	Nous avons offert une formation générale en éthique (Éthique 101, Éthique au quotidien et Leadership éthique) aux directions générales, aux organismes et aux régions. Nous avons mis au point des produits d'apprentissage personnalisés pour des collectivités de pratique particulières (soins infirmiers, gestion financière, organismes de réglementation, gestionnaires scientifiques etc.). Nous avons mis au point des compétences générales en éthique à l'intention du personnel et des exigences relatives au rendement pour les cadres. Nous avons poursuivi la recherche en vue de la mise au point d'un modèle ministériel de mesure du rendement en ce qui a trait aux valeurs et à l'éthique.
Promouvoir un environnement de travail sain pour les employés en créant le Service d'ombudsman, qui offre aux employés une ressource confidentielle, impartiale et informelle pour faciliter la résolution des problèmes liés au travail	Nous avons continué de promouvoir le Service d'ombudsman en offrant aux employés un service sur place et des présentations lors des réunions des cadres et des employés dans toutes les régions du pays. Dans le contexte du plan global de mesure de l'efficacité du Service d'ombudsman, nous avons réalisé un sondage afin de déterminer si les employés connaissaient ce service et nous avons diffusé le rapport annuel de 2004 sur le Service d'ombudsman qui fait état des tendances et des observations concernant les questions soulevées par les employés.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mettre en œuvre les initiatives prévues dans le Plan d'action pour améliorer la santé en milieu de travail et la gestion des ressources humaines (SMTMRH)	Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan d'action général, Santé Canada a mis en œuvre d'importantes améliorations dans certains secteurs prioritaires, dont les suivants : Leadership et reddition de comptes : Intégration des objectifs de la gestion des personnes au processus de discussion sur le rendement et atteinte de l'objectif ministériel de 100 %; élaboration d'un cadre de développement du leadership (gestion) et mise en place d'une politique d'apprentissage continu; distribution aux employés d'un rapport d'étape et de mises à jour trimestrielles au comité de surveillance de la SMTMRH. Charge de travail : Le groupe responsable de la SMTMRH a procédé à des études sur les heures de travail supplémentaires et l'équilibre entre vie personnelle et travail chez les cadres. Les populaires publications *Soyez futés* et *Pratiques novatrices* ont également été diffusées par l'Association professionnelle des cadres supérieurs de la fonction publique du Canada (APEX) afin de permettre aux cadres de la fonction publique de résoudre les problèmes liés à la charge de travail. Le programme des cafétérias santé a continué de s'étendre à d'autres immeubles et des campagnes de sensibilisation sur le tabagisme, la nutrition, la santé mentale et l'activité physique ont été organisées. La politique sur l'obligation d'accommodement a été renforcée et rediffusée à grande échelle.
	Le Parlement a adopté la *Loi sur la modernisation de la fonction publique*, qui réforme la gestion des ressources humaines au sein du gouvernement fédéral. Pour que les programmes répondent mieux aux besoins de la population et que le processus de dotation soit plus efficace, nous avons sollicité et obtenu l'autorisation d'utiliser certains outils de dotation, comme les répertoires de préqualification, le recrutement hors concours à l'extérieur de la fonction publique et un répertoire de personnes possédant des compétences scientifiques et techniques. Grâce à ces mesures, le personnel de Santé Canada sera plus représentatif de la population que nous servons et le Ministère satisfera aux exigences en matière de ressources humaines dans les secteurs cruciaux de la gestion, des sciences et de la technologie. Plusieurs vérifications et évaluations de la gestion des ressources humaines ont été effectuées en 2004–2005. Ces vérifications et évaluations ont débouché sur des recommandations d'améliorations et des plans d'action pour 2005–2006. (Pour de plus amples renseignements, visiter le site http://www.hc-sc.gc.ca)
Renforcer les fonctions de vérification interne et d'enquête spéciale Mettre en œuvre le plan de vérification interne pluriannuel axé sur les risques	Notre travail de vérification interne se fondait sur le principe du risque et portait surtout sur les trois ensembles de résultats clés mentionnés dans la Politique de vérification interne du Conseil du Trésor (stratégie et pratiques de gestion du risque, cadres et pratiques de contrôle de gestion et information pour la prise de décisions et l'établissement de rapports). Le Bureau de la vérification et de la responsabilisation (BVR) a mis au point et déposé un plan de vérification axé sur le risque pour 2004–2005. Pour voir des résumés des rapports de vérification présentés au Comité de vérification et d'évaluation de Santé Canada en 2004–2005, visiter le site Web http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/index_f.html

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Pour renforcer la fonction d'enquête spéciale (ES) du Bureau, le BVR a établi une division distincte responsable des ES. Celle-ci a mis en place un protocole d'entente (PE) avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Santé Canada et la Gendarmerie royale du Canada. Ce PE encourage et facilite la coopération entre les ministères quant aux allégations d'écart de conduite déposées. Aux yeux des employés, des partenaires, des intervenants et des Canadiens en général, cela montre que le Ministère gère en fonction des résultats et fait preuve de rigueur dans la gestion des ressources.
Améliorer la sécurité des biens en matière de santé Mettre en œuvre un plan d'activités de trois ans afin de mieux protéger les employés ainsi que les biens et les renseignements ministériels de nature délicate	Le programme ministériel visant à assurer la sécurité des employés et des biens a été maintenu au niveau II — sécurité accrue — conformément aux exigences de la Norme sur l'état de préparation en matière de sécurité du Secrétariat du Conseil du Trésor.
Adopter un programme de sécurité intégré	La mise en œuvre des recommandations de la deuxième année du projet ministériel d'examen de la sécurité conduit toujours à un programme de sécurité ministériel pleinement intégré pour les installations de Santé Canada dans le pays. Ce programme produit un cadre de gestion ministériel intégrant les questions relatives à la sécurité et aux situations d'urgence à la planification et la prise de décisions touchant les programmes et les employés et contribue à assurer le maintien des services essentiels aux employés et la protection des biens.
Programme de continuité des opérations (PCO) Améliorer la structure de gestion de la planification de la continuité des opérations	Des consultations ont entraîné la mise à niveau de la base de données ministérielle du PCO. On a préparé un formulaire de rapport d'étape du PCO comme outil de vérification pour la surveillance du rendement de ce programme. Les employés peuvent composer un numéro ministériel 1-877 en cas d'urgence majeure mettant en danger la continuité des opérations pour savoir ce qu'il en est des ruptures de service.
Intégration du développement durable aux opérations Intégrer le développement durable aux processus de prise de décision et de gestion Adopter une approche en matière de prévention de la pollution et cerner, prioriser et proposer des mesures d'atténuation ou de correction en vue de régler les problèmes propres au Ministère	La stratégie adoptée par Santé Canada en matière de développement durable figure au tableau 14 du présent rapport et est diffusée sur le site Web du Bureau du développement durable. Pour obtenir un complément d'information, visiter le site Web http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_f.html

PRIORITÉ 2 : EN COURS

Prestation régionale efficace des programmes de Santé Canada, en fonction des besoins locaux

Les politiques, les programmes et les services de Santé Canada demeurent sensibles aux divers besoins des nombreuses collectivités que le Ministère dessert dans tout le pays. Grâce à des partenariats et des accords de collaboration et à l'engagement des intervenants clés et des citoyens, les bureaux régionaux de Santé Canada sont dûment informés des priorités locales et possèdent les connaissances spécialisées et la souplesse voulues pour répondre aux besoins uniques de nos collectivités. Le leadership dont Santé Canada fait preuve dans les régions pour renforcer les rapports horizontaux, faciliter les initiatives à partenaires multiples et encourager l'innovation continuent d'être un atout important pour le Ministère au fil de l'évolution des approches provinciales et territoriales concernant la gestion du programme des soins de santé.

De plus, les régions rehaussent le profil de Santé Canada et renforcent sa présence grâce à l'utilisation stratégique du Fonds d'innovation de Santé Canada. Ce fonds permet aux régions de tirer le meilleur parti des occasions de partenariat en élaborant des projets qui répondent directement aux besoins locaux. Les résultats d'un certain nombre d'initiatives régionales financées par le Fonds d'innovation sont présentés ci-après.

NOTA : Étant donné le caractère multisectoriel et concerté des initiatives régionales décrites ici, aucun détail n'est donné sur les ressources.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
Amélioration des relations avec les autres gouvernements	**Québec :** Comité d'harmonisation des suivis des programmes en périnatalité pour familles vulnérables dans les centres locaux de services communautaires. Nous avons collaboré à la modification des fiches techniques sur la grossesse et l'accouchement qu'utilisent les CLSC pour recueillir des données sur la clientèle des programmes destinés aux enfants. Ces données nous fourniront des renseignements probants et illustreront les résultats des mesures que nous avons prises. **Ontario et Nunavut :** Cercle virtuel de représentants officiels Le Cercle virtuel de représentants officiels a été formé en 2003–2004 en tant que partenariat unique entre Santé Canada, le gouvernement du Nunavut et l'organisation des revendications territoriales inuites, Nunavut Tunngavik Incorporated (NTI), afin de tirer parti des technologies de l'information et des communications pour améliorer la collaboration. Les résultats de la première année comprennent une meilleure communication entre les partenaires, une approche communautaire et la sensibilisation aux programmes offerts par Santé Canada, de même qu'une analyse environnementale de la santé de la famille au Nunavut.
Recherche ciblée	**Colombie-Britannique et Yukon :** *Urban Design and Health* (aménagement urbain et santé) La région de la C.-B. et du Yukon a fourni à un organisme communautaire local un financement de démarrage pour mettre sur pied un projet de recherche multisectoriel intitulé : *Healthy Livable Communities; the Population and Urban Form Connection*. Le projet prévoyait la consultation des intervenants clés et l'inventaire des données disponibles. Parmi les résultats, il faut mentionner une analyse documentaire qui a mis en évidence une corrélation marquée entre la vie urbaine et la santé de la population ainsi que l'élaboration d'un modèle conceptuel pour la recherche et l'analyse.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Renforcement des réseaux d'intervenants	**Ontario et Nunavut :** *Great Lakes Public Health Network* (réseau de santé publique du bassin des Grands Lacs) En 2004, la région de l'Ontario et du Nunavut a travaillé en partenariat avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en vue de concevoir la structure d'un réseau de santé publique dans le bassin des Grands Lacs. Ce réseau a pour but de faciliter la diffusion de l'information sur les questions de santé liées à l'environnement entre les gouvernements fédéral et provinciaux responsables de la protection de la santé publique dans le bassin des Grands Lacs. On se prépare à lancer une campagne de recrutement au cours de l'été 2005. **Atlantique :** *Atlantic Wellness Strategy* (stratégie du mieux-être pour l'Atlantique) Les ministères de la Santé des quatre provinces de l'Atlantique ainsi que la région de l'Atlantique de Santé Canada collaborent à l'élaboration d'une stratégie du mieux-être pour l'Atlantique, visant, dans un premier temps, à améliorer la nutrition et les niveaux d'activité dans le Canada atlantique en ciblant les enfants et les jeunes. En raison d'un certain nombre de facteurs, notamment de modifications structurales au sein du Ministère et de mutations de personnel chez les partenaires, les progrès sont plus lents que prévu. Toutefois, les quatre provinces, l'Agence de santé publique du Canada et Santé Canada poursuivent individuellement le travail. L'initiative continue d'être appuyée et une stratégie de mise en œuvre actualisée sera élaborée en 2005–2006.
Amélioration du service aux clients et de l'accès	**Alberta et Territoires du Nord-Ouest :** *SuperNet Pilot Project* (projet pilote SuperNet) En collaboration avec la Première nation de Big Stone, la région de l'Alberta et des T.N.-O. reliera bientôt le centre de santé de la réserve au SuperNet provincial, un réseau à haute vitesse, à large bande et à fibre optique. Ce branchement à un réseau à large bande fournira un accès Internet plus fiable et moins coûteux que les liens actuels par satellite et facilitera l'accès futur aux services et à l'information sur la santé disponibles par voie électronique ainsi qu'à d'autres services auparavant non disponibles dans la réserve. **Manitoba et Saskatchewan :** Évaluation complète L'initiative de la région du Manitoba et de la Saskatchewan qui consiste à rationaliser l'administration des rapports financiers et des rapports d'évaluation pour les groupes œuvrant dans le domaine du développement des jeunes enfants et recevant des fonds de plusieurs sources, a été lancée par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, aujourd'hui l'Agence de santé publique du Canada. Pour obtenir un complément d'information sur les initiatives de l'Agence de santé publique du Canada, visitez son site Web à http://www.phac-aspc.gc.ca/new_f.html

PRIORITÉ 3 : EN COURS

Meilleure capacité ministérielle de produire, d'exploiter, d'appliquer et d'utiliser des connaissances scientifiques objectives afin de permettre la prise de décisions éclairées et, ce faisant, d'optimiser les résultats en matière de santé et de réduire les risques pour la santé chez les Canadiens

L'expert scientifique en chef offre au sous-ministre des conseils de nature scientifique et met à contribution son leadership, sa logique et son expertise pour définir l'orientation stratégique globale des responsabilités scientifiques de Santé Canada. Il cherche à renforcer la capacité du Ministère d'effectuer des recherches scientifiques de qualité et de donner des conseils scientifiques et à garantir que les connaissances scientifiques éclairent les politiques, les programmes et les services qui améliorent la santé des Canadiens.

En 2004–2005, l'expert scientifique en chef a concentré ses efforts sur les activités suivantes.

Promouvoir l'utilisation efficace des connaissances scientifiques dans l'élaboration des politiques en offrant des conseils scientifiques de qualité pour prendre des décisions en matière de politique et de réglementation.

Améliorer la capacité et la qualité scientifiques afin que Santé Canada puisse relever les défis actuels et nouveaux auxquels les Canadiens sont confrontés.

Mieux faire connaître et comprendre les travaux scientifiques exécutés à Santé Canada.

Officialiser la politique et la gestion scientifiques à Santé Canada et ainsi accroître la crédibilité du Ministère en tant qu'organisation scientifique et lui permettre de jouer un rôle influent auprès de ses partenaires dans l'avancement du programme fédéral des sciences et de la technologie.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Promouvoir l'utilisation efficace des connaissances scientifiques aux fins de la prise de décisions Élaborer un cadre pour les sciences qui permettra d'améliorer la qualité et l'utilisation des connaissances scientifiques en vue d'éclairer les décisions relatives aux politiques, aux règlements et aux programmes ayant une incidence sur la santé des Canadiens	Le Bureau de l'expert scientifique en chef (BESC) a organisé une table ronde interministérielle afin de discuter de l'interface entre les sciences et les politiques. Un groupe composite d'experts et de décideurs a discuté des lacunes des politiques relatives aux sciences et de la constitution d'un capital social. Les participants ont cerné les points forts, les obstacles et les lacunes. Des discussions sont nécessaires pour comprendre les défis et améliorer la politique relative aux sciences. Les programmes et activités scientifiques de Santé Canada ont été inventoriés. L'exercice d'établissement de correspondances et la consultation approfondie de la collectivité scientifique ont mis en évidence les secteurs où des améliorations pourraient être apportées au rendement et à la gestion en ce qui concerne les sciences. Le cadre fournira également une base pour la planification scientifique, l'établissement des priorités scientifiques et la constitution de partenariats scientifiques intégrés. Le cadre pour les sciences définira les principes applicables aux rôles des sciences, les responsabilités liées à la gestion des activités scientifiques et à l'utilisation des ressources scientifiques et les conditions de fonctionnement essentielles à l'excellence scientifique et technologique.

Engagements définis dans le RPP de 2004-2005	Rapport sur les résultats
	Le BESC a commencé à explorer les méthodes et les bases de données pouvant aider le Ministère à trouver des experts externes pertinents et à faciliter la présentation en temps opportun de conseils scientifiques d'expert sur les questions d'importance cruciale. Le BESC a coordonné deux études de cas modèles effectuées par des experts externes (sur la salubrité et l'innocuité de la citronnelle et l'innocuité de médicaments) et il les analysera afin de mieux définir les méthodes d'identification des experts et de vérification des titres de compétence, de cerner les conflits d'intérêts, d'élaborer des procédures opérationnelles normalisées et d'établir une base de données sur les experts reconnus.
Présenter des conseils à titre d'expert scientifique	Le Conseil consultatif des sciences constitue pour le ministre de la Santé une source précieuse d'avis impartiaux et éclairés sur les activités scientifiques tenues à Santé Canada ou utilisées par Santé Canada. Les avis du Conseil portent surtout sur l'orientation des programmes scientifiques, les nouvelles données scientifiques et tendances scientifiques en matière de santé et les partenariats et collaborations scientifiques. Les travaux exécutés par le Conseil en 2004–2005 avaient pour thème principal la gestion des sciences en période de changement, comme il ressort des conseils donnés sur les questions de santé publique liées à la nouvelle Agence de santé publique du Canada. Le Conseil a présenté des avis sur les besoins et les capacités ministériels en matière de sciences, les stratégies de gestion du risque et le besoin d'ouverture et de transparence dans le processus décisionnel. Les activités scientifiques du Ministère doivent satisfaire aux normes éthiques pour la recherche mettant en cause des humains. Le Comité d'éthique de la recherche (CER), qui a pour mandat de s'assurer que toute recherche effectuée par Santé Canada et mettant en cause des humains répond aux normes d'éthique scientifique les plus rigoureuses, appuie l'expert scientifique en chef et le sous-ministre lorsqu'ils proposent des modifications ou recommandent l'approbation ou le rejet, provisoire ou définitif, d'une recherche proposée ou en cours portant sur des humains. Le CER est actif et son secrétariat, qui a ses locaux dans les bureaux du BESC, a élaboré un processus d'examen hautement respecté par les chercheurs du Ministère. En 2004–2005, le CER a examiné 75 protocoles.
Améliorer la capacité scientifique et la qualité des activités scientifiques	L'expert scientifique en chef s'est attaché à assurer la qualité des activités scientifiques en créant le Programme de bourses de recherche postdoctorale, qui offre des possibilités de recherche aux jeunes professionnels dûment formés et qualifiés. Le programme expose les boursiers à des possibilités de carrière à Santé Canada, mettant ainsi à la disposition du Ministère un bassin de nouveaux scientifiques. À l'heure actuelle, le programme compte dix boursiers, dont trois se sont joints au programme l'an dernier.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Mieux faire connaître et comprendre les activités scientifiques tenues à Santé Canada grâce à des partenariats avec les intervenants	L'expert scientifique en chef est résolu à travailler en partenariat. Le BESC s'occupe activement d'établir des partenariats afin de stimuler les progrès scientifiques qui se traduisent par une amélioration de la santé. Le plus connu de ces partenariats est celui réunissant Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'expert scientifique en chef favorise et facilite ce partenariat en catalysant les initiatives de recherche concertée dans des secteurs d'importance stratégique. Ainsi, en 2004–2005, Santé Canada était un partenaire actif sur les plans scientifique et financier dans divers projets visant à réduire les écarts de santé entre les Canadiens. De plus, le BESC a coparrainé le Forum national d'orientation sur la réduction des inégalités en matière de santé, qui a réuni des chercheurs et des représentants fédéraux et provinciaux pour amorcer la rédaction de politiques. Les autres partenariats en place en 2004-2005 comprennent l'Initiative sur la salubrité des aliments et de l'eau mise en œuvre en collaboration avec les IRSC, le consortium sur le syndrome respiratoire aigu sévère formé avec l'Agence de santé publique du Canada et les IRSC et des programmes d'échange novateurs offerts en collaboration avec le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Le Canada est un expert de la coordination de la recherche mondiale en santé, comme en témoignent les activités de la nouvelle Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM). L'IRSM est un partenariat unique entre quatre organismes fédéraux (l'Agence canadienne de développement international, les IRSC, Santé Canada et le Centre de recherches pour le développement international), qui exploitent leurs atouts particuliers pour accroître la contribution du Canada à la recherche mondiale en santé et à son utilisation. Sur le plan international, l'expert scientifique en chef a collaboré à l'établissement de partenariats avec l'Afrique, le Royaume-Uni, la France et l'Espagne. À titre d'exemple, l'expert scientifique en chef a assisté à un colloque Afrique-Canada-Royaume-Uni tenu à Londres. Le but de ce colloque était d'étudier comment le Canada et le Royaume-Uni pourraient collaborer efficacement afin de mettre en valeur leur potentiel scientifique et technologique avec des partenaires africains. L'expert scientifique en chef a également pris part à une réunion bilatérale avec le National Science Advisor et des experts scientifiques britanniques influents afin de discuter des relations bilatérales Canada-Royaume-Uni. Ces activités permettent à l'expert scientifique en chef de nouer des liens internationaux qui donnent lieu à des approches novatrices pour les scientifiques du Ministère et ceux des pays développés ou en voie de développement.
	Le Forum scientifique est devenu une vitrine nationale pour les activités scientifiques novatrices de Santé Canada. Ont notamment pris part au Forum de 2004, qui était axé sur les défis auxquels sont confrontés actuellement les Canadiens, des experts en droit, en santé environnementale, en biotechnologie, en pharmacologie et en médecine. Les discussions ont porté sur les solutions scientifiques aux grandes questions du domaine de la santé. La diversité des disciplines présentes a élargi les perspectives et enrichi la base de données probantes pour la prise de décisions éclairées sur la santé des Canadiens. Une équipe de scientifiques russes était présente, ce qui a ajouté une dimension internationale et permis l'échange de résultats de recherche et de pratiques exemplaires à l'échelon international.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
	Les sciences jouent un rôle clé lorsqu'il s'agit d'aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur santé. Le BESC est déterminé à relever les défis du XXI[e] siècle en s'appuyant sur des connaissances scientifiques solides, efficaces et de qualité.

PRIORITÉ 4 : EN COURS

Mise en œuvre du volet « Santé Canada » du Plan d'action du gouvernement du Canada en matière de langues officielles, qui vise à améliorer l'accès aux services pour les collectivités de langue officielle en situation minoritaire

En 2004–2005, notre ministère a continué d'assumer les responsabilités qui lui incombent en vertu de la *Loi sur les langues officielles* et du Plan d'action sur les langues officielles en répondant aux préoccupations en matière de santé des collectivités de langue officielle en situation minoritaire et en s'assurant qu'il est en mesure de tenir des consultations efficaces auprès de ces collectivités.

Engagements définis dans le RPP de 2004–2005	Rapport sur les résultats
Répondre aux préoccupations des groupes minoritaires francophones ou anglophones en ce qui concerne l'accès aux services de santé	À ce jour, grâce à une combinaison de financement et d'efforts de collaboration, 27 réseaux communautaires ont été établis au Canada, 140 étudiants du postsecondaire ayant suivi une formation en santé donnée en français dans des universités ou des collèges ont obtenu leur diplôme et des procédures ont été mises en place pour qu'une formation linguistique soit donnée aux professionnels de la santé à l'automne 2005 au Québec.
Élaborer une nouvelle politique sur les langues officielles	Le 1[er] décembre 2004, Santé Canada a mis en œuvre une nouvelle politique d'appui aux collectivités de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Cette politique reflète la priorité qu'accorde le gouvernement fédéral à l'accès aux services de santé pour tous les Canadiens énoncée dans la réponse du premier ministre au discours du Trône de 2004. Aux termes de cette politique, les directions générales et les bureaux régionaux rendront compte, dans le rapport annuel de Santé Canada, de leurs activités et de leurs progrès relatifs à l'application de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*. Les mécanismes mis en place pour favoriser les consultations, comprennent la mise à jour des listes de personnes-ressources et des bases de données régionales sur les CLOSM, une invitation aux CLOSM à participer à la présentation de propositions de projets dans le cadre de divers programmes et activités, la participation de représentants de Santé Canada aux travaux de comités, de sous-comités et de groupes de travail sur les CLOSM et à des ateliers communautaires et la participation des employés de Santé Canada à des séances d'information internes sur la *Loi sur les langues officielles*.

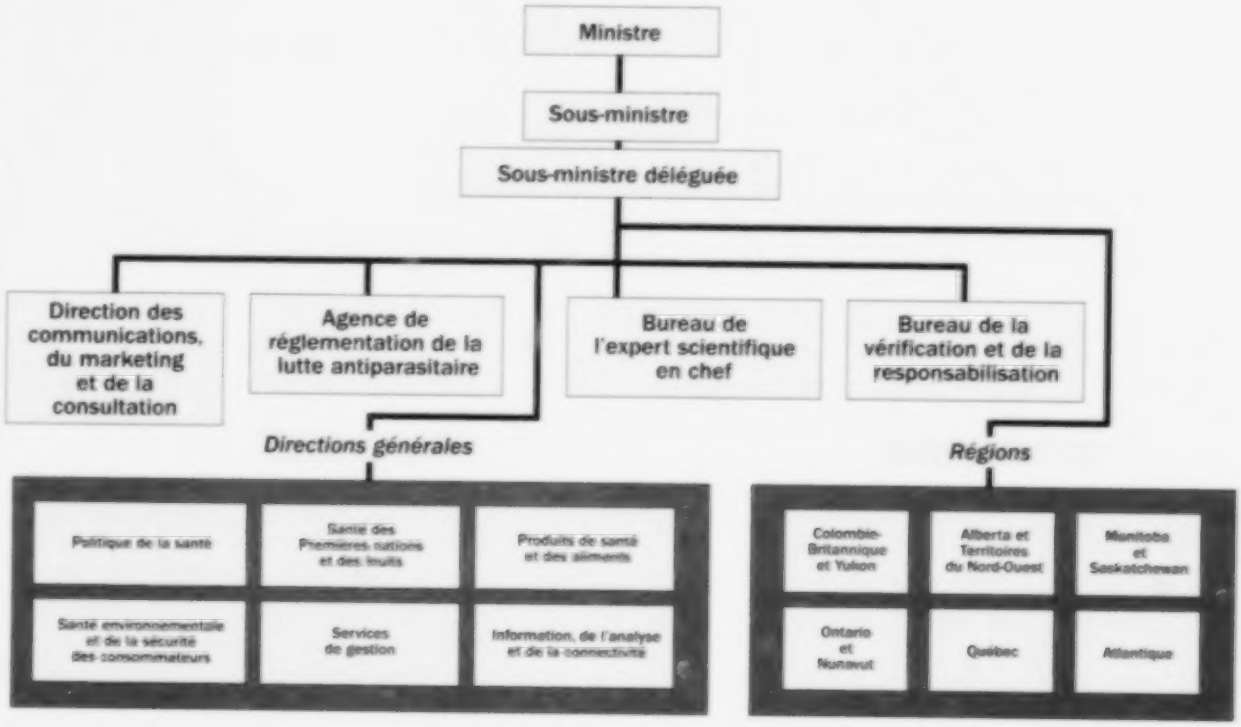
Section III

Renseignements supplémentaires

Organigramme

Le présent organigramme indique le partage principal des responsabilités et correspond à la structure par secteur d'activité au sein de Santé Canada au 31 mars 2005.

Un seul changement important est survenu au cours de 2004–2005. L'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique a servi de fondement à la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada (ASPC), laquelle est entrée en vigueur le 24 septembre 2004. Ce changement est décrit en détail dans la Section I du présent rapport, soit dans le sommaire du rendement.



Pour de plus amples renseignements : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/index_f.html

Tableau de concordance entre le Budget principal des dépenses de 2005–2006 de la structure par secteurs d'activités et par activités de programme

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

	Activités de programme					
Secteurs d'activités	Politique, planification et information en matière de santé (PPIS)	Produits de santé et aliments (PSA)	Santé environnementale et sécurité des consommateurs (SESC)	Réglementation des produits antiparasitaires (RPA)	Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI)	Total
Politique en matière de soins de santé (PSS)	356,4					**356,4**
Promotion et protection de la santé (PPS)		184,0	211,7	41,4		**437,1**
Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI)					1 684,6	**1 684,6**
Gestion de l'information et du savoir (GIS)	50,3	14,3	14,4	3,3	25,0	**107,3**
Gestion et administration ministérielles (GAM)	15,3	41,2	41,6	9,3	123,8	**231,2**
Budget principal des dépenses— Dépenses de programmes nettes	**422,0**	**239,5**	**267,7**	**54,0**	**1 833,4**	**2 816,6**

Tableau financier 1 : Comparaison des dépenses prévues aux dépenses réelles (équivalents temps plein compris)

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Le présent tableau compare les données du Budget principal des dépenses, des dépenses prévues, du total des autorisations et des dépenses réelles du plus récent exercice terminé, de même que les dépenses réelles des deux exercices précédents.

L'augmentation de 141,2 millions de dollars du Budget principal par rapport aux Dépenses prévues est attribuable au financement prévu pour des initiatives comme le Système de santé publique pancanadien, la Stratégie canadienne sur le diabète, la Stratégie de guérison des Innus du Labrador et l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée.

La baisse de 424,2 millions de dollars des Dépenses prévues par rapport au Total des autorisations est principalement attribuable à la création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) le 24 septembre 2004 et au transfert subséquent de fonds. La réduction du financement relié au nouveau processus de gestion de la publicité annoncé par le Cabinet en mars 2004 constitue aussi un facteur important.

La différence de 66,7 millions de dollars entre le Total des autorisations et les Dépenses réelles tient surtout aux éléments suivants :

- le financement de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT) à reporter pour les besoins des exercices subséquents;
- la baisse des dépenses prévues au chapitre des services de santé non assurés;
- les délais enregistrés par le Programme des pensionnats indiens;
- les délais enregistrés dans la mise en œuvre de certaines initiatives de publicité;
- les rajustements de fin d'exercice des dépenses du ministère de la Justice.

L'augmentation de 1 375,8 millions de dollars des dépenses de 2002–2003 à 2003–2004 tient principalement au financement des activités sur le SRAS, le VNO et l'EBS et au versement de quatre importantes subventions (à la province de l'Ontario pour le SRAS, à Inforoute Santé du Canada inc., à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et à l'Institut canadien d'information sur la santé).

Tableau financier 1 : Comparaison des dépenses prévues aux dépenses réelles (équivalents temps plein compris) (suite)

Secteurs d'activités	2002–2003 Dépenses réelles	2003–2004 Dépenses réelles	2004–2005			
			Budget principal	Dépenses prévues (1)	Total des autorisations (2)	Dépenses réelles (2)
Politique en matière de soins de santé	133,1	324,4	369,7	378,4	363,3	356,4
Promotion et protection de la santé	802,2	1 173,9	825,3	929,9	452,7	437,1
Santé des Premières nations et des Inuits	1 465,4	1 553,9	1 677,3	1 701,9	1 709,1	1 684,6
Gestion de l'information et du savoir	111,1	767,1	98,4	98,7	107,9	107,3
Gestion et administration ministérielles	206,1	274,4	195,6	198,6	250,3	231,2
Total	**2 717,9**	**4 093,7**	**3 166,3**	**3 307,5**	**2 883,3**	**2 816,6**
Moins : Revenus non disponibles	-35,2	-56,0	0,0	-8,6	-8,6	-51,3
Plus : Coût des services reçus à titre gracieux*	78,5	89,5	0,0	86,8	86,8	58,9
Coût net pour le Ministère	**2 761,2**	**4 127,2**	**3 166,3**	**3 385,7**	**2 961,5**	**2 824,2**
Équivalents temps plein	**8 833**	**9 572**	**9 020**	**9 133**	**7 778**	**8 026**

1) tirés du Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005

2) tirés des Comptes publics de 2004–2005

* *Les services reçus à titre gracieux comprennent habituellement les locaux fournis par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC), la part des primes d'assurance des employés payée par l'employeur, l'indemnisation des victimes d'accidents du travail assurée par Développement social Canada et les services reçus de Justice Canada.*

Tableau financier 2 : Utilisation des ressources par secteur d'activités

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Le présent tableau montre comment les ressources sont utilisées au sein de Santé Canada par poste voté et par secteur d'activités.

Secteurs d'activités	Fonctionnement	Immobilisations	Subventions et contributions	Totale : dépenses brutes	Moins : revenus disponibles	Totale : dépenses nettes
Politique en matière de soins de santé						
(Budget principal des dépenses)	75,7		294,0	369,7		369,7
(Dépenses prévues)	84,4		294,0	378,4		378,4
(Total des autorisations)	*85,8*		*277,5*	*363,3*		*363,3*
(Dépenses réelles)	**82,9**		**273,5**	**356,4**		**356,4**
Promotion et protection de la santé						
(Budget principal des dépenses)	618,4		267,3	885,7	-60,4	825,3
(Dépenses prévues)	712,8		277,5	990,3	-60,4	929,9
(Total des autorisations)	*470,8*		*43,2*	*514,0*	*-61,3*	*452,7*
(Dépenses réelles)	**445,5**		**42,9**	**488,4**	**-51,3**	**437,1**
Santé des Premières nations et des Inuits						
(Budget principal des dépenses)	943,1		739,7	1 682,8	-5,5	1 677,3
(Dépenses prévues)	950,4		757,0	1 707,4	-5,5	1 701,9
(Total des autorisations)	*932,6*	*0,3*	*781,7*	*1 714,6*	*-5,5*	*1 709,1*
(Dépenses réelles)	**908,9**	**0,3**	**779,4**	**1 688,6**	**-4,0**	**1 684,6**
Gestion de l'information et du savoir						
(Budget principal des dépenses)	76,4		22,0	98,4		98,4
(Dépenses prévues)	76,7		22,0	98,7		98,7
(Total des autorisations)	*80,1*		*27,8*	*107,9*		*107,9*
(Dépenses réelles)	**79,8**		**27,5**	**107,3**		**107,3**
Gestion et administration ministérielles						
(Budget principal des dépenses)	171,6	3,9	20,8	196,3	-0,7	195,6
(Dépenses prévues)	174,7	3,9	20,7	199,3	-0,7	198,6
(Total des autorisations)	*195,7*	*3,0*	*52,3*	*251,0*	*-0,7*	*250,3*
(Dépenses réelles)	**176,4**	**3,0**	**52,3**	**231,7**	**-0,5**	**231,2**
Total						
(Budget principal des dépenses)	1 885,2	3,9	1 343,8	3 232,9	-66,6	3 166,3
(Dépenses prévues)	1 999,0	3,9	1 371,2	3 374,1	-66,6	3 307,5
(Total des autorisations)	*1 765,0*	*3,3*	*1 182,5*	*2 950,8*	*-67,5*	*2 883,3*
(Dépenses réelles)	**1 693,5**	**3,3**	**1 175,6**	**2 872,4**	**-55,8**	**2 816,6**

L'écart enregistré entre les Dépenses prévues et le Total des autorisations pour le secteur d'activités Promotion et protection de la santé est principalement attribuable à la création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) le 24 septembre 2004 et au transfert subséquent des fonds (Fonctionnement, Subventions et contributions), ainsi qu'à une réduction du financement relié au nouveau processus de publicité annoncé par le Cabinet en mars 2004.

L'écart enregistré entre les Dépenses prévues et le Total des autorisations pour le secteur d'activités Gestion et administration ministérielles est principalement relié au financement (contributions) prévu pour appuyer la construction et la restauration d'installations sur les réserves des Premières nations et au financement de la mise en œuvre d'initiatives bien précises sur la publicité.

Des explications plus détaillées sur l'ensemble des secteurs d'activités sont présentées dans la Section II : Analyse du rendement par résultat stratégique.

Tableau financier 3 : Postes votés et législatifs

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Le présent tableau reprend essentiellement le tableau sommaire du Budget principal des dépenses. Cette présentation des ressources est celle que reçoit le Parlement. Ce dernier approuve les postes votés; les postes législatifs sont indiqués à titre d'information.

Poste voté		2004–2005			
		Budget principal des dépenses	Dépenses prévues (1)	Total des autorisations (2)	Dépenses réelles (2)
Santé Canada					
1	Dépenses de fonctionnement	1 702,4	1 814,9	1 602,3	**1 542,7**
5	Subventions et contributions	1 343,8	1 371,2	1 182,6	**1 175,7**
(L)	Traitement et allocation d'automobile du Ministre	0,1	0,1	0,1	**0,1**
(L)	Paiements pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé	—	—	-0,1	**-0,1**
(L)	Inforoute Santé du Canada Inc.	—	—	0,0	**0,0**
(L)	Dépenses des revenus tirés de la disposition des biens excédentaires de l'État	—	—	0,3	**0,1**
(L)	Remboursement des revenus de l'exercice précédent	—	—	0,1	**0,1**
(L)	Droits des agences de recouvrement	—	—	0,0	**0,0**
(L)	Contributions aux avantages sociaux des employés	120,0	121,3	98,0	**98,0**
Total du Ministère		**3 166,3**	**3 307,5**	**2 883,3**	**2 816,6**

1) tirés du Rapport sur les plans et priorités de 2004-2005

2) tirés des Comptes publics de 2004-2005

(L) Indique les dépenses que le Ministère est tenu de faire et qui n'exigent pas de loi sur les crédits.

Tableau financier 4 : Coût net pour le Ministère (EN MILLIONS DE DOLLARS)

	2004–2005
Dépenses réelles totales	2 816,6
Plus : Services reçus à titre gracieux	
Locaux fournis par TPSGC	10,3
Contributions de l'employeur aux primes du régime d'assurance des employés et dépenses payées par le SCT	44,5
Indemnisation des victimes d'accidents du travail assurée par Développement social Canada	0,8
Dépenses et traitements connexes liés aux services juridiques fournis par Justice Canada	3,3
Moins : Revenus non disponibles	-51,3
Coût net pour le Ministère en 2004–2005	**2 824,2**

Tableau financier 5 : Passif éventuel

Le Ministère est nommé dans un certain nombre de recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement, surtout pour des allégations de négligence concernant la réglementation des instruments médicaux ainsi que du sang et des produits pharmaceutiques. Comme les litiges en question en sont aux premiers stades et que les questions en jeu sont complexes, il n'est pas possible en ce moment de donner une estimation fiable des passifs éventuels qui pourraient s'ensuivre.

Tableau financier 6 : Sources des revenus disponibles et des revenus non disponibles (EN MILLIONS DE DOLLARS)

Le présent tableau reflète l'ensemble des revenus disponibles par secteur d'activités ou secteur de services et des revenus non disponibles par classement et par source.

Les revenus disponibles proviennent des droits d'utilisation ou du recouvrement du coût des services ministériels. Ces revenus, internes et externes au gouvernement, lui sont pour la plupart externes.

Les revenus disponibles proviennent de différentes sources, dont les instruments médicaux, la dosimétrie, l'évaluation des présentations de drogues, les médicaments vétérinaires, la réglementation de la lutte antiparasitaire, la sécurité des produits, les revenus hospitaliers provenant du paiement des services rendus dans les hôpitaux des Premières nations et des Inuits, que couvrent les régimes provinciaux et territoriaux, et la vente de médicaments et de services de santé aux communautés des Premières nations.

Les revenus non disponibles sont montrés par source afin d'exprimer les données dans un format utile. Le Ministère n'est pas autorisé à dépenser ces revenus.

			2004–2005			
	2002–2003 Dépenses réelles	2003–2004 Revenus réels	Budget principal des dépenses	Revenus prévus	Total des autorisations	Revenus réels
REVENUS DISPONIBLES						
Secteurs d'activités ou secteurs de services						
Promotion et protection de la santé						
Santé de la population et santé publique	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Produits de santé et aliments	32,2	34,2	40,7	40,7	40,7	34,7
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	7,5	8,6	12,7	12,7	13,6	10,5
Réglementation en matière de lutte antiparasitaire	6,8	6,6	7,0	7,0	7,0	6,1
Santé des Premières nations et des Inuits						
Santé des Premières nations et des Inuits	5,9	3,5	5,5	5,5	5,5	4,0
Gestion et administration ministérielles						
Services de gestion	0,4	0,5	0,7	0,7	0,7	0,5
Total des revenus disponibles	**52,9**	**53,5**	**66,6**	**66,6**	**67,5**	**55,8**
REVENUS NON DISPONIBLES						
Principal classement et principale source						
Revenus non fiscaux						
Remboursement de dépenses	27,0	43,9				41,8
Vente de biens et de services	0,7	6,1				2,5
Autres droits et frais	7,2	5,8		8,6	8,6	6,8
Produits de l'aliénation de biens excédentaires de l'État	0,3	0,2				0,2
Divers revenus non fiscaux	0,0	0,0				
Revenus non disponibles totals	**35,2**	**56,0**	**0,0**	**8,6**	**8,6**	**51,3**
Revenus totals	**88,1**	**109,5**	**66,6**	**75,2**	**76,1**	**107,1**

L'écart entre les revenus disponibles réels en santé des Premières nations et des Inuits de 2002-2003 et ceux de 2003-2004 est attribuable au transfert à la compétence provinciale de 3,6 millions de dollars d'autorisations de revenus liés à l'hôpital de Sioux Lookout.

L'écart entre les revenus disponibles réels de 2003-2004 et ceux de 2004-2005 au titre de la Santé environnementale et sécurité des consommateurs est attribuable à l'autorité des revenus disponibles pour les matériels médicaux.

Tableau financier 7 : Besoins en ressources par direction générale

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Comparaison entre les dépenses prévues et les autorisations totales du Budget principal des dépenses pour 2004–2005 (RPP) et les dépenses réelles par organisation et secteur d'activités.

Organisation	Secteurs d'activités					
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	Total
Politique de la santé						
(Budget principal des dépenses)	369,7					369,7
(Dépenses prévues)	378,4					378,4
(Total des autorisations)	*363,3*					*363,3*
(Dépenses réelles)	**356,4**					**356,4**
Santé de la population et santé publique						
(Budget principal des dépenses)		375,2				375,2
(Dépenses prévues)		472,8				472,8
(Total des autorisations)						*0,0*
(Dépenses réelles)						**0,0**
Produits de santé et aliments						
(Budget principal des dépenses)		179,9				179,9
(Dépenses prévues)		183,4				183,4
(Total des autorisations)		*198,1*				*198,1*
(Dépenses réelles)		**184,0**				**184,0**
Santé environnementale et et sécurité des consommateurs						
(Budget principal des dépenses)		232,0				232,0
(Dépenses prévues)		235,4				235,4
(Total des autorisations)		*212,9*				*212,9*
(Dépenses réelles)		**211,7**				**211,7**
Agence de réglementation et de la lutte antiparasitaire						
(Budget principal des dépenses)		38,2				38,2
(Dépenses prévues)		38,3				38,3
(Total des autorisations)		*41,7*				*41,7*
(Dépenses réelles)		**41,4**				**41,4**

Tableau financier 7 : Besoins en ressources par direction générale (suite)

Organisation	Secteurs d'activités					
	Politique en matière de soins de santé	Promotion et protection de la santé	Santé des Premières nations et des Inuits	Gestion de l'information et du savoir	Gestion et administration ministérielles	Total
Santé des Premières Nations et des Inuits						
(Budget principal des dépenses)			1 677,3			1 677,3
(Dépenses prévues)			1 701,9			1 701,9
(Total des autorisations)			*1 709,1*			*1 709,1*
(Dépenses réelles)			**1 684,6**			**1 684,6**
Information, analyse et connectivité						
(Budget principal des dépenses)				98,4		98,4
(Dépenses prévues)				98,7		98,7
(Total des autorisations)				*107,9*		*107,9*
(Dépenses réelles)				**107,3**		**107,3**
Services de gestion						
(Budget principal des dépenses)					92,7	92,7
(Dépenses prévues)					93,6	93,6
(Total des autorisations)					*107,9*	*107,9*
(Dépenses réelles)					**94,5**	**94,5**
Exécutif du Ministère						
(Budget principal des dépenses)					102,9	102,9
(Dépenses prévues)					105,0	105,0
(Total des autorisations)					*142,4*	*142,4*
(Dépenses réelles)					**136,7**	**136,7**
Total						
(Budget principal des dépenses)	369,7	825,3	1 677,3	98,4	195,6	3 166,3
(Dépenses prévues)	378,4	929,9	1 701,9	98,7	198,6	3 307,5
(Total des autorisations)	*363,3*	*452,7*	*1 709,1*	*107,9*	*250,3*	*2 883,3*
(Dépenses réelles)	**356,4**	**437,1**	**1 684,6**	**107,3**	**231,2**	**2 816,6**
% du total	**12,7%**	**15,5%**	**59,8%**	**3,8%**	**8,2%**	**100,0%**

Nota : *La création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) le 24 septembre 2004 et le transfert subséquent des fonds de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'ASPC, ainsi que des services de soutien ministériels connexes, ont entraîné le report du total des autorisations et des dépenses réelles dans le RRM de l'ASPC de 2004-2005.*

Tableau financier 8A : *Loi sur les frais d'utilisation*

DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS (DGPSA)

A.				2004–05					Exercices de planification		
Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	Revenus réels[1] (en milliers de dollars	Coût total[2] (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	Coût total prévu[2] (en milliers de dollars)
Autorisation de vendre un médicament	Réglementaire (R)	*Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP)	Décembre 1994	7 926	8 001	25 726	Norme à élaborer	Ne s'applique pas.	2005–06 2006–07 2007–08	7 985 8 039 8 094	Non disponible.
Certificat de produits pharmaceutiques (exportation de drogues)	Autre (A)	Autorité ministérielle habilitée à passer le contrat	Mai 2000	119	120	189	5 jours ouvrables	10 jours ouvrables	2005–06 2006–07 2007–08	120 120 120	Non disponible.
Licences d'établissement de produits pharmaceutiques	Réglementaire (R)	*Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP)	Décembre 1997	5 972	4 212	9 911	Norme à élaborer	Ne s'applique pas.	2005–06 2006–07 2007–08	5 031 5 141 5 195	Non disponible.
Fiches maîtresse de médicaments	Autre (A)	Autorité ministérielle habilitée à passer le contrat	Janvier 1996	81	101	402	Norme à élaborer	Ne s'applique pas.	2005–06 2006–07 2007–08	98 98 98	Non disponible.
Évaluation des présentations de drogues	Réglementaire (R)	*Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP)	Août 1995	17 373	16 811	56 671	**Produits pharmaceutiques**[3,6]		2005–06 2006–07 2007–08	18 584 18 693 18 802	Non disponible.
							PDN : Priorité SAN = 180	178			
							PDN : Priorité Clin/C et F = 180	369			
							PDN : AC C = 200	278			
							PDN : SAN = 300	367			
							PDN : Clin/C et F = 300	407			
							PDN : Clin seulement = 300	462			
							PDN : Comp/C et F = 180	203			
							PADN : Comp/C et F = 180	231			
							PADN : C et F/Étiquetage = 180	305			
							SPDN : Priorité = 180	155			
							SPDN : Clin/C et F = 300	359			

Tableau financier 8A : *Loi sur les frais d'utilisation* (suite)

A. Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	2004–05					Exercices de planification		
				Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	Revenus réels[1] (en milliers de dollars	Coût total[2] (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	Coût total prévu[2] (en milliers de dollars)
							SPDN : Comp/C et F = 180	222			
							SPDN : Clin seulement = 300	311			
							SPDN : C et F/ Étiquetage = 180	191			
							SPDN : Reclassé (pas de nouvelle indication) = 180	317			
							SPDN : Étiquetage seulement= 60	49			
							SPADN : Clin seulement = 300	297			
							SPADN : Comp/C et F = 180	227			
							SPADN : C et F/ Étiquetage = 180	164			
							SPADN : Étiquetage seulement	115			
							DIN et données = 210	289			
							DIN et formule = 180	183			
							Produits biologiques[1,5]				
							PDN : Priorité = 180	743			
							PDN : SAN = 300	888			
							PDN : Clin/C et F = 300	908			
							SPDN : Clin/C et F = 300	669			
							SPDN : Comp/C et F = 180	101			
							SPDN : Clin seulement = 300	763			
							SPDN : C et F/ Étiquetage = 180	403			
							DIN et données = 210	185			
							DIN et formule = 180	103			

Tableau financier 8A : *Loi sur les frais d'utilisation* (suite)

A.				2004–05					Exercices de planification		
Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	Revenus réels[2] (en milliers de dollars)	Coût total[2] (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus[3] (en milliers de dollars)	Coût total prévu[3] (en milliers de dollars)
Demande d'homologation de matériels médicaux	Réglementaire (R)	*Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP)	Août 1998	2 688	3 482	8 562	**Matériels médicaux[4]**		2005–06 2006–07 2007–08	3 244 3 352 3 460	Non disponible.
							Catégorie II = 15	17			
							Catégorie III = 75	67			
							Catégorie III Modifications importantes = 75	69			
							Catégorie IV Demande prioritaire = 45	16			
							Catégorie IV = 90	78			
							Catégorie IV Modifications importantes = 90	67			
Autorisation de vendre un matériel médical	Réglementaire (R)	*Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP)	Août 1998	2 150	2 367	7 249	Norme à élaborer	Ne s'applique pas.	2005–06 2006–07 2007–08	1 622 1 730 1 784	Non disponible.
Licence d'établissement de matériels médicaux	Réglementaire (R)	*Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP)	Janvier 2000	1 935	2 131	5 995	Norme à élaborer	Ne s'applique pas.	2005–06 2006–07 2007–08	2 055 2 163 2 271	Non disponible.
Évaluation des drogues vétérinaires	Réglementaire (R)	*Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP)	Mars 1996	802	665	7 252	**Drogues vétérinaires[5,6]**	La Direction des médicaments vétérinaires s'était fixée pour objectif de rendre une décision sur 90 % des ensembles de données reçus plus de 24 mois avant le 1er avril 2003 et de rendre une décision sur 90 % des ensembles de données reçus plus de 18 mois avant le 1er avril 2004; ces objectifs ont été réalisés.	2005–06 2006–07 2007–08	716 776 806	Non disponible.
							PDN, PADN = 300				
							SPDN, SPADN = 240				
							Administrative = 90				
							DDIN = 120				
							CDO = 90				
							PDNR/CEE = 60				
							Étiquetage = 45				
							Distribution d'une drogue pour traitement d'urgence = 2				

Tableau financier 8A : *Loi sur les frais d'utilisation* (suite)

A.				2004–05					Exercices de planification		
Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	Revenus réels[1] (en milliers de dollars	Coût total[2] (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévues[1] (en milliers de dollars)	Coût total prévu[2] (en milliers de dollars)
DGPSA Total partiel	Réglementaire (R)			38 846	37 669	121 366			2005–06 2006–07 2007–08	39 237 39 894 40 412	
DGPSA Total partiel	Autre (A)			200	221	591			2005–06 2006–07 2007–08	218 218 218	
DGPSA TOTAL				39 046	37 890	121 957			2005–06 2006–07 2007–08	39 455 40 112 40 630	

AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE (ARLA)

A.				2004–05					Exercices de planification		
Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	Revenus réels[1] (en milliers de dollars	Coût total[2] (en milliers de dollars)	Normes de rendement	Résultats liés au rendement	Exercice	Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	Coût total prévu[2] (en milliers de dollars)
Frais à payer pour les services d'examen des demandes d'homologation de produits antiparasitaires	Réglementaire (R)	*Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA)	avril 1997	2 657	2 285	20 380	L'objectif est que 90 % des présentations, toutes catégories confondues, soient traitées selon les échéances mentionnées.		2005–06 2006–07 2007–08	8 000 8 000 8 000	46 554 46 157 46 820
							La catégorie A* comprend : norme (550 jours); homologation des usages limités à la demande des utilisateurs (HULDU) (365 jours); examens conjoints (variable); risque réduit (variable).	Categorie A = 70 %			
							La catégorie B* comprend : norme/priorité (365 jours); risque réduit (variable).	Categorie B = 93 %			

Tableau financier 8A : *Loi sur les frais d'utilisation* (suite)

A. Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	2004-05 Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	2004-05 Revenus réels[1] (en milliers de dollars)	2004-05 Coût total[2] (en milliers de dollars)	2004-05 Normes de rendement	2004-05 Résultats liés au rendement	Exercices de planification Exercice	Exercices de planification Revenus prévus[3] (en milliers de dollars)	Exercices de planification Coût total prévu[3] (en milliers de dollars)
							La catégorie C* comprend : norme (180 ou 225 jours); priorité (98 jours). *Comprend les dérogations à la Politique concernant la gestion des présentations.	Categorie C = 94 %			
Frais à payer pour le droit ou le privilège de fabriquer ou de vendre des produits antiparasitaires au Canada, et d'établir des limites maximales de résidus relativement à un produit antiparasitaire	Réglementaire (R)	*Loi sur la gestion des finances publiques (LGFP)*	avril 1997	5 343	4 594	27 120	Ne s'applique pas.	Ne s'applique pas.			
ARLA	Total partiel (R) 8 000 Total partiel (A) 0 Total 8 000	Total partiel (R) 6 879 Total partiel (A) 0 Total 6 879							Total partiel 2005-2006 Total partiel 2006-2007 Total partiel 2007-2008	8 000 8 000 8 000 Total 24 000	

Remarque : le coût complet est fondé sur les coûts réels rapportés par l'ARLA en 2004-2005 et sur le budget principal des dépenses pour les exercices suivants.

Tableau financier 8A : *Loi sur les frais d'utilisation* (suite)

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE GESTION (DGSG)

A. Frais d'utilisation	Nature des frais	Autorité responsable de l'établissement des frais	Date de la dernière modification	2004–05 Revenus prévus[1] (en milliers de dollars)	2004–05 Revenus réels[1] (en milliers de dollars)	2004–05 Coût total[2] (en milliers de dollars)	2004–05 Normes de rendement	2004–05 Résultats liés au rendement	Exercices de planification Exercice	Exercices de planification Revenus prévus[3] (en milliers de dollars)	Exercices de planification Coût total prévu[2] (en milliers de dollars)
Frais exigés pour le traitement des demandes d'accès en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information*	Autre (A)	*Loi sur l'accès à l'information*	1992	Sans objet (Voir la note 8)	20,3	1 700 (Voir la note 9)	Cadre en cours d'élaboration par le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT). Renseignements supplémentaires : http://lois.justice.gc.ca/fr/A-1/index.html	Les échéances prévues par la loi sont respectées 73 % du temps.	2005–06 2006–07 2007–08	Sans objet (Voir la note 8	1 700 1 700 1 700 (Voir la note 9)

B. DATE DE LA DERNIÈRE MODIFICATION

Sans objet

C. AUTRES RENSEIGNEMENTS

Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA)

[1] *Les revenus prévus et réels sont déclarés comme revenus bruts, basés sur une comptabilité de caisse.*

[2] *L'Initiative de la DGPSA sur les frais d'utilisation externe est en train de mettre en place un cadre de frais d'utilisation externe qui comprend un modèle d'établissement des coûts qui a été développé en consultation avec ses intervenants. Le nouveau modèle d'établissement des coûts ainsi que sa méthodologie pourront avoir un impact sur la prévision de coûts de l'année financière 2005–2006 et les cycles de déclaration à venir.*

[3] *L'évaluation des présentations de drogues : les normes et résultats de rendement correspondent en moyenne aux* ***journées de calendrier*** *pour les évaluations complétées (que le résultat soit positif ou négatif); les résultats de rendements sont pour l'année de calendrier 2004. Les objectifs détaillés de rendement pour l'évaluation des présentations de drogues se trouvent à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/prodpharma/mands_gespd_f.pdf. L'information complète relative aux résultats de rendement pour l'évaluation de drogues se trouvent à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applic-demande/docs/perform-rendement/ar-ra/index_f.html#2004*

[4] *L'évaluation des demandes d'homologation d'instruments médicaux : les normes et résultats de rendement correspondent en moyenne aux* ***journées de calendrier*** *pour les décisions de première révision; les résultats de rendements sont pour la période du 1 juillet 2004 au 31 mars 2005. Les objectifs détaillés de rendement pour l'évaluation des demandes d'homologation d'instruments médicaux se trouvent à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/md-im/mdlapp_demhim_pol_f.pdf.*

[5] *L'évaluation des présentations de médicaments vétérinaires : les normes de rendement correspondent en moyenne aux* ***journées de calendrier*** *pour les évaluations complétées (que le résultat soit positif ou négatif) pour 2008-09. Les objectifs détaillés de rendement pour l'évaluation des présentations de médicaments vétérinaires se trouvent à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/legislation/mors-gspr_pol_f.pdf. La Direction des médicaments vétérinaires est engagée à rendre une décision sur 90 % des ensembles de données reçus plus de 12 mois avant le 1er avril 2005.*

Tableau financier 8A : *Loi sur les frais d'utilisation* (suite)

[6] *Acronymes*

PDN : Présentation de drogue nouvelle
SPDN : Supplément à une présentation de drogue nouvelle
PADN : Présentation abrégée de drogue nouvelle
SPADN : Supplément à une présentation abrégée de drogue nouvelle
DDIN : Demande d'identification numérique de drogue
PDNR : Présentation de drogue nouvelle de recherche
CEE : Certificats d'études expérimentales
CDO : Changement à déclaration obligatoire
SAN : Substance active nouvelle
OTC : En vente libre
Rx : Ordonnance
Clin : Clinique
Comp : Bio. Comparative, clinique ou pharmacodynamique
C et F : Chimie et fabrication
BIO : Étude de biodisponible
AC-C : Avis de conformité conditionnel

Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA)

[7] *Le coût complet comprend le Régime d'avantages sociaux des employés plus 13 % pour les services d'autres ministères (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada).*

Direction générale des services de gestion (DGSG)

[8] *En raison de la nature et de la complexité variable des demandes relatives à la LAI, les frais applicables sont inconnus tant que la demande n'a pas été traitée. Dans certaines circonstances, les frais peuvent être supprimés.*

[9] *Coût complet pour la Division de l'AIPRP de Santé Canada. Des dépenses supplémentaires sont engagées dans les secteurs de programme pour rassembler les documents additionnels associés aux demandes d'AI. Santé Canada évaluera ces coûts et présentera un rapport complet dans le RMR de 2005-2006. Les revenus relatifs à l'AIPRP comprennent des montants concernant l'ASPC. Santé Canada continuera à déclarer les revenus relatives à l'AI jusqu'à ce que l'ASPC ait établi une activité en rapport avec l'AI. Les revenus relatives à l'AI variaient entre 20 000 $ et 50 000 $ pour les dernières années.*

Tableau financier 8B : Politique concernant les normes de service pour les frais externes

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET DE LA SÉCURITÉ DES CONSOMMATEURS (DGSESC)			
A. Frais externes	**Normes de service***	**Résultats liés au rendement***	**Consultation avec les intervenants**
Services nationaux de dosimétrie (SND)	L'enregistrement et la vérification des dosimètres entrants dans un délai de 48 heures. Les dosimètres peuvent être livrés en moins de deux jours ouvrables en cas de besoin urgent. Rapports d'exposition au-delà de la limite réglementaire expédiés dans un délai de 24 heures. Les dosimètres quittent les locaux des SND dix à treize jours ouvrables avant la date d'échange. Réponse aux messages en moins de 24 heures. Information des comptes mise à jour dans un délai de 48 heures. Dosimètres additionnels expédiés dans un délai de 24 heures. Rapports d'exposition expédiés dans un délai de 10 jours suivant la réception du dosimètre.	Service à la clientèle rapide, adapté et fiable offert à 95 000 travailleurs faisant partie de 13 000 groupes. Les normes relatives aux dosimètres ont été satisfaites : · 99 % des dosimètres entrants ont été enregistrés et vérifiés dans un délai de 48 heures; · 99 % des dosimètres urgents ont été livrés en moins de 2 jours ouvrables; · 100 % des expositions au-delà de la limite réglementaires ont été rapportées dans un délai de 24 heures; · 95 % des dosimètres ont quitté les locaux des SND 10 à 13 jours ouvrables avant la date d'échange; · 99 % des messages ont été retournés dans un délai de 24 heures; · 99 % des renseignements du compte sont mis à jour dans un délai de 48 heures; · 99 % des dosimètres supplémentaires expédiés dans un délai de 24 heures; · 90 % des rapports d'exposition expédiés dans un délai de 10 jours suivant la réception du dosimètre.	À la suite d'une consultation publique, et en raison d'une approbation du Conseil du Trésor, les nouveaux frais d'utilisation issus des Services nationaux de dosimétrie ont été mis en application à partir du 1er juillet 2004. Les consultations publiques ont été structurées en fonction de l'augmentation des frais. Les normes de service sont demeurées les mêmes. Selon les consultations publiques, il y a une satisfaction en ce qui concerne les niveaux de service actuels et une volonté d'absorber des frais d'utilisation plus élevés.
Services de dératisation	Santé Canada fournit un service de sept jours dans les ports désignés et répond à toutes les urgences dans un délai de 48 heures. Voir la note 1 ci-dessous.	100 % des demandes ont été traitées dans un délai de 48 heures ou moins.	Il n'y a eu aucune modification aux normes de service en 2004–2005. Des modifications sont attendues au cours des 2 à 5 prochaines années en raison du nouveau Règlement sanitaire international (OMS). Les intervenants seront consultés à l'avance.

Tableau financier 8B : Politique concernant les normes de service pour les frais externes (suite)

A. Frais externe	Normes de service*	Résultats liés au rendement*	Consultation avec les Intervenants
Programme d'inspection des navires de croisière	Des inspections périodiques sont effectuées au minimum une fois par saison de navigation sur les navires dans les eaux canadiennes. Les rapports finaux sont soumis dans un délai de 10 jours ouvrables. La réinspection de tous les navires ayant obtenu une note inférieure à 85 % est effectuée.	Voir les notes 2 et 3 ci-dessous. Terminé à 100 %.	Il n'y a eu aucune modification aux normes de service en 2004–2005. Santé Canada rencontre les intervenants chaque année afin d'examiner les modifications proposées aux normes de service et d'en discuter. Les normes sont compatibles avec les lignes directrices et les critères d'inspection du « Vessel Sanitation Program » des « Centers for Disease Control and Prevention » des États-Unis, et tous les changements seront synchronisés de manière à harmoniser le processus avec celui des États-Unis.
Inspection des transports en commun (p. ex. trains, transbordeurs, aéroports ou transporteurs aériens, ports maritimes ou ports de plaisance)	Voir la note 3 ci-dessous.	Voir la note 4 ci-dessous.	Les normes de service sont négociées et sont comprises dans les protocoles d'entente; aussi, les modifications devront faire l'objet de négociations. Un nouveau protocole d'entente a été conclu avec Via Rail en 2004–2005, et ces normes de service font partie du protocole d'entente. Toutes les autres normes de service demeurent inchangées.

NOTA : *Les frais de la DGSESC ne sont pas assujettis à la* Loi sur les frais d'utilisation *et par conséquent, ne sont pas inclus dans le tableau 8A.*

* *Tel qu'il a été établi conformément à la Politique concernant les normes de service pour les frais externes :*

- *il est possible que les normes de service n'aient pas fait l'objet d'un examen parlementaire*
- *les normes de service ne respectent pas toutes les exigences en matière d'établissement des normes de rendement en vertu de la* Loi sur les frais d'utilisation *(LFU) (p. ex. comparaison à l'échelon international, adresse de complaint indépendante)*

Les résultats liés au rendement ne sont pas assujettis légalement à l'article 5.1 de la LFU concernant la réduction des frais d'utilisation en raison d'un mauvais rendement.

Tableau financier 8B : Politique concernant les normes de service pour les frais externes (suite)

Nota 1 : *Au total, 704 certificats de dératisation ont été émis en 2004-2005. Voir le tableau ci-dessous pour obtenir les renseignements détaillés sur les normes de service.*

Jour de la semaine	***Préavis requis***
Service en semaine — Ports désignés	*24 heures*
Service en fin de semaine — Ports désignés	*48 heures*
Service les fins de semaine ordinaires — Ports désignés	• *Pour le service le samedi, le préavis doit être reçu au plus tard le jeudi à 13 h, heure locale.* • *Pour le service le dimanche, le préavis doit être reçu au plus tard le vendredi à 13 h, heure locale.*
Service les longues fins de semaine — Ports désignés	*Lorsque le vendredi est un jour férié* • *Pour le service le vendredi, le préavis doit être reçu au plus tard le mercredi à 13 h, heure locale.* • *Pour le service le samedi ou le dimanche, le préavis doit être reçu au plus tard le jeudi à 13 h, heure locale.*
	Lorsque le lundi est un jour férié • *Pour le service le samedi, le préavis doit être reçu au plus tard le jeudi à 13 h, heure locale.* • *Pour le service le dimanche ou le lundi, le préavis doit être reçu au plus tard le vendredi à 13 h, heure locale.*
Préavis de service — Ports non désignés	*Un préavis de 72 heures est exigé pour les services dans des ports non désignés.*
NOTA : Les frais de service à court préavis (c.-à-d. moins de 24 heures en semaine et de 48 heures en fin de semaine, tant dans les ports désignés que non désignés) seront majorés de 25 %.	

Nota 2 : *Santé Canada publie les points d'inspection des navires de croisière sur son site Web au http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/travel-voyage/general/inspection/2004-cruise_ship_inspection-navires_croisieres_inspection_f.html*

Nota 3 : *En ce qui concerne les normes de service, les inspections des navires de croisière et des transports en commun sont effectués d'après des procédures et des protocoles qui ont été publiés et distribués aux clients. Les protocoles de Santé Canada sont conformes aux protocoles internationaux d'inspection de la santé publique. Des exemplaires des guides administratifs pour ces programmes peuvent être demandés par courriel à phb_bsp@hc-sc.gc.ca.*

Nota 4 : *Normes de service concernant le Programme d'inspection des transports en commun*

Programme d'inspection des transports en commun	***Normes de service***	***Résultats liés au rendement***
Train de voyageurs — à bord	*Inspection périodique de chaque ligne de train de voyageurs, tel qu'il a été établi par le protocole d'entente entre Santé Canada et l'industrie des trains de voyageurs.* *Présentation d'un rapport final d'inspection périodique à l'industrie dans les dix jours ouvrables suivant l'inspection.*	*100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.*
Train de voyageurs — Stationnaire	*Inspection des installations sanitaires deux fois par année.* *Présentation d'un rapport final d'inspection des installations sanitaires dans les dix jours ouvrables suivant l'inspection.*	*100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.*
Cuisines de l'air	*Nombre prévu d'inspections de vérification périodiques annuelles annoncées selon la taille de la cuisine.* *Présentation d'un rapport final d'inspection de vérification dans les cinq jours ouvrables suivant l'inspection.*	*100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.*
Transbordeur — Aliments à bord	*Inspections inopinées selon les obligations contractuelles préétablies.* *Présentation d'un rapport final d'inspection dans les dix jours ouvrables suivant l'inspection.*	*100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.*
Transbordeur — Eau potable	*Inspection annuelle conformément au* Règlement sur l'eau potable des transports en commun. *100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.*	*100 % des rapports présentés dans un délai de 10 jours.*

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Direction des produits de santé et des aliments			
Règlement sur les aliments et drogues—Ajout de vitamines et de substances minérales nutritives aux aliments	Révision adéquate du Règlement quant à l'ajout de vitamines et de substances minérales nutritives aux aliments, compte tenu des conséquences de l'ajout d'éléments nutritifs aux aliments, des besoins et des attentes des consommateurs, et des demandes de l'industrie.	Amélioration de la valeur nutritive des produits alimentaires. Offre aux consommateurs d'une plus grande variété de produits alimentaires contenant des vitamines et des substances nutritives minérales ajoutées.	Le 31 mars 2005, Santé Canada a rendu publique la nouvelle politique proposée intitulée *Adjonction de vitamines et de minéraux aux aliments, 2005, Politique et plans de mise en œuvre proposés par Santé Canada*. Le document informait toutes les parties intéressées de la politique proposée, ainsi que des plans pour sa mise en œuvre.
Règlement sur les aliments et drogues—Étiquetage des allergènes alimentaires amélioré	Mention obligatoire sur l'étiquette d'allergènes alimentaires bien précis présents dans les produits alimentaires préemballés et des sulfites lorsque leur teneur est égale ou supérieure à dix parties par million.	Diminution du nombre d'effets indésirables causés par des aliments qui contiennent des allergènes particuliers et des sulfites utilisés dans la préparation des aliments préemballés.	Une deuxième lettre d'avis a été envoyée aux intervenants en septembre 2004. La lettre contenait des recommandations stratégiques révisées concernant l'exemption des agents de collage provenant des œufs, du lait et du poisson utilisés dans la fabrication de boissons alcoolisées de l'application des exigences présentement prévues en matière d'étiquetage. La publication des modifications réglementaires proposées dans la *Gazette du Canada Partie I*, est prévue pour l'automne 2005.
Règlement sur les aliments et drogues (Irradiation des aliments)	Autorisation de l'irradiation facultative de bœuf haché, de volaille, de crevettes et de mangues pour lutter contre les agents pathogènes, réduire la charge microbienne et l'infestation par les insectes, et augmenter la durée de conservation.	Réduction du nombre de pathogènes et de l'infestation par les insectes dans les produits alimentaires irradiés. Prolongement de la durée de conservation des produits alimentaires irradiés.	Santé Canada a examiné toutes les observations reçues à la suite de la publication dans la *Gazette du Canada, partie I*, en novembre 2002. On est en train de mettre la dernière main à la réponse aux observations.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
			Un atelier multilatéral a été tenu le 29 mars 2005 afin de discuter d'approches à adopter relativement à l'absence d'exigences en matière d'étiquetage des aliments irradiés servis dans les établissements de services alimentaires et de restauration. L'utilisation de l'irradiation des aliments par l'industrie demeurerait facultative. Les résultats de cette initiative seraient mesurés une fois que l'utilisation de l'irradiation des aliments aura été mise en œuvre de façon globale par l'industrie.
Règlement sur les aliments et drogues — Révisions apportées au Titre 12 — Eau et glace préemballées	Modernisation et augmentation des exigences concernant la sécurité et l'étiquetage en ce qui concerne l'eau et la glace préemballées.	Conformité de l'eau embouteillée au Règlement révisé.	Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) ont tenu une consultation ciblée additionnelle avec les intervenants au sujet des limites proposées pour certains contaminants chimiques et du régime de classification proposé pour les eaux de surface. Les résultats de cette consultation font présentement l'objet d'une analyse. La publication du règlement proposé dans la *Gazette du Canada*, partie I, est prévue pour l'hiver 2006.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Le Règlement d'évaluation environnementale (REE) pour l'évaluation des conséquences des substances nouvelles présentes dans les produits régis par la *Loi sur les aliments et drogues* sur la santé humaine et l'environnement sera élaboré à titre de réponse de Santé Canada à la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE 1999)*	Un règlement qui convient aux nouvelles substances se trouvant dans une gamme de produits régis par la *Loi sur les aliments et drogues*. Les exigences en matière de déclaration des substances nouvelles en vertu de la LCPE s'appliquent présentement aux substances contenues dans les produits réglementés par la *Loi sur les aliments et drogues*. Des stratégies pour traiter des substances présentes dans les produits régis par la *Loi sur les aliments et drogues* et déjà commercialisés seront également examinées dans le cadre de ces travaux.	Une augmentation des renseignements sur les conséquences et les conséquences possibles qu'ont peut-être les nouvelles substances présentes dans les produits réglementés par la *Loi sur les aliments et drogues* sur la santé humaine et l'environnement. Un cadre de réglementation renforcé pour permettre à Santé Canada de traiter plus efficacement de toute incidence de cette nature qui est mise en évidence.	Un document d'analyse des options afin de permettre aux intervenants de faire part de leurs observations sur trois options possibles en matière de réglementation pour ce REE a été approuvé par le sous-ministre en mars 2005. La consultation auprès des intervenants a été lancée au printemps 2005. Des discussions approfondies entre Santé Canada et les intervenants seront tenues à l'automne 2005, et il est prévu qu'il y aura une ou plus d'une option réalisable pour l'élaboration d'un REE approprié.
Accès aux médicaments—Projet 1402	Modifications à la *Loi sur les aliments et drogues*, au Règlement sur les aliments et drogues et au Règlement sur les instruments médicaux qui permettront à Santé Canada de mettre en place un programme afin de mettre en œuvre la décision du Conseil général de l'Organisation mondiale du commerce du 30 août 2004 d'assurer l'accès à des médicaments à prix abordable dans les pays en développement et dans les pays les moins développés.	Dans le cadre de ce régime, ces produits respecteront les normes canadiennes d'innocuité, d'efficacité et de qualité. Le Programme d'accès aux médicaments du Canada et ces règlements ne nuiront pas à l'accès des Canadiens aux médicaments et aux matériels médicaux, ni aux cibles de rendement établies pour l'évaluation des produits. Le Programme d'accès aux médicaments du Canada vise un objectif de nature humanitaire et est censé compléter les autres contributions du Canada dans la lutte mondiale contre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et autres problèmes de santé publique.	Publiées dans la *Gazette du Canada*, partie II, le 1er juin 2005. Ces règlements entreront en vigueur le même jour qu'entrera en vigueur la *Loi modifiant* la *Loi sur les brevets et la Loi sur les aliments et drogues (Engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique)*, à savoir le chapitre 23 des Lois du Canada. Ces modifications aux règlements viennent créer un nouveau à Titre 7 du Règlement sur les aliments et drogues intitulé « Vente de drogues aux fins de mise en œuvre de la décision du Conseil général ».

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
			Puisque la définition des « produits pharmaceutiques » visée par la décision du Conseil général de l'Organisation mondiale du commerce comprend les produits que le Canada réglemente également à titre de matériels médicaux, des modifications ont également été apportées au Règlement sur les instruments médicaux.
Règlement sur les aliments et drogues — Diverses modifications au Titre 15	Limites maximales des résidus (LMR) nouvelles ou révisées pour les médicaments vétérinaires présents dans les aliments visés par le Règlement sur les aliments et drogues afin d'assurer l'innocuité des produits alimentaires provenant d'animaux traités avec les médicaments vétérinaires en question.	Les produits alimentaires, provenant d'animaux, sont conformes aux LMR prescrites.	Les modifications proposées au Règlement sur les aliments et drogues visant les LMR en ce qui concerne certains médicaments vétérinaires ont été publiées dans la *Gazette du Canada*, partie I, le 8 mai 2004. Les modifications finales au Règlement seront publiées dans la *Gazette du Canada*, partie II, en 2005.
Règlement sur les aliments et drogues — Modification visant à interdire l'importation, à des fins personnelles, des médicaments qui doivent être administrés à des animaux destinés à la production d'aliments	Accroître la portée de l'interdiction de l'importation de médicaments vétérinaires afin d'inclure l'importation, à des fins personnelles, de médicaments qui doivent être administrés à des animaux au Canada et prévenir la présence de résidus potentiellement nocifs dans les produits alimentaires provenant d'animaux traités avec ces médicaments.	L'absence de résidus nocifs des médicaments dans les produits alimentaires provenant d'animaux traités avec des médicaments vétérinaires importés à des fins personnelles.	Santé Canada a consulté les intervenants au sujet des modifications envisagées concernant l'importation de médicaments vétérinaires à des fins personnelles. Les résultats de la consultation ont fait l'objet d'une analyse.
Règlement sur les aliments et drogues — Interdiction de la vente du carbadox au Canada	Interdiction de la vente de produits contenant du carbadox au Canada afin d'éviter la présence de résidus potentiellement nocifs dans les produits alimentaires provenant d'animaux traités avec cette substance.	L'absence de résidus de carbadox dans les aliments provenant d'animaux destinés à la production d'aliments.	Les modifications proposées au Règlement et interdisant la vente de produits renfermant du carbadox seront publiées dans la *Gazette du Canada*, partie I, en 2005–2006.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs			
Modifications au Règlement sur les cosmétiques afin d'exiger des fabricants qu'ils déclarent les ingrédients se trouvant dans tous les cosmétiques Harmonisation de l'étiquetage avec les partenaires commerciaux au niveau international	Réduire les effets néfastes sur la santé attribuables aux cosmétiques (p.ex. les affections cutanées, etc.). Réduire les coûts associés aux soins de santé en raison des réactions indésirables. Réduire le coût du traitement des réactions allergiques provoquées par les cosmétiques.	Réduire le nombre de plaintes déposées par les Canadiens et les Canadiennes auprès de Santé Canada.	Publiées dans la *Gazette du Canada*, partie II, le 1er décembre 2004. Ces modifications seront promulguées le 16 novembre 2006. Grâce à la divulgation des ingrédients sur l'étiquette des cosmétiques, les consommateurs pourront éviter les produits contenant des ingrédients auxquels ils sont allergiques.
Interdiction des marchettes pour bébés	Éliminer les décès et les blessures associés aux marchettes pour bébés.	Données sur la morbidité et la mortalité infantiles.	Publiée dans la *Gazette du Canada*, partie II, le 7 avril 2004. Les marchettes pour bébés ne sont plus disponibles sur le marché.
Modifications au Règlement sur les dispositifs émettant des radiations (Appareils de bronzage) afin d'établir des exigences techniques plus sûres pour les appareils de bronzage et les pièces de remplacement	Réduire les effets néfastes sur la santé attribuables aux appareils de bronzage (p. ex. mélanome).	Réduire le nombre de plaintes déposées par les Canadiens auprès de Santé Canada.	Des normes plus rigoureuses pour les lampes UV. Les utilisateurs seront mieux informés des risques associés aux appareils de bronzage puisque les appareils seront vendus accompagnés de renseignements plus complets et plus précis.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Modifications visant à harmoniser au Canada les dimensions et la terminologie associées au modèle servant à évaluer les risques d'étranglement chez les enfants dans les règlements suivants : • Landaus et poussettes • Lits d'enfants et berceaux • Parcs pour enfants • Produits dangereux (Barrières extensibles et enceintes extensibles) • Produits dangereux (Sucettes) • Produits dangereux (Jouets)	Assurer l'uniformité des dimensions et de la terminologie reliées aux cylindres pour petites pièces (modèle). Réduire le nombre de blessures et de décès par étouffement chez les nourrissons et les enfants.	Réduire le nombre de questions présentées à Santé Canada pour clarification concernant les dimensions des cylindres pour petites pièces.	Publiées dans la *Gazette du Canada*, partie II, le 21 avril 2004. Uniformité dans l'utilisation du cylindre unique pour petites pièces pour la détermination des risques d'étouffement.
Introduction de nouvelles exigences en matière d'étiquetage des produits du tabac axées sur les mises en garde et les renseignements sur la santé	Sensibilisation accrue aux risques associés au tabac. Connaissance accrue des produits du tabac et de leurs émissions. Réduction des taux de morbidité et de mortalité associées au tabagisme.	Surveillance régulière de l'opinion publique grâce à des sondages pour évaluer le niveau de sensibilisation aux risques sanitaires liés au tabagisme et de connaissance des produits du tabac et de leurs émissions.	Santé Canada a rendu public un document de consultation en août 2004. Une analyse des observations reçues a été lancée. La date limite de la Demande de propositions visant à trouver un entrepreneur compétent pour entreprendre l'élaboration et la conception de nouveaux messages relatifs à la santé pour les produits du tabac était le 1er mars 2005.
Règlement sur la promotion du tabac interdisant l'application des descripteurs « légères » et « douces »	Dissipation de la confusion créée chez les fumeurs par l'utilisation de ces descripteurs. Sensibilisation accrue au fait qu'aucun type de cigarette n'est plus sûr qu'un autre.	Surveillance régulière de l'opinion publique afin de déterminer si les gens sont davantage sensibilisés au fait qu'aucun type de cigarette n'est plus sûr qu'un autre. Diminution du nombre de fumeurs qui croient que les cigarettes « légères » ou « douces » sont moins dangereuses que les cigarettes régulières.	Santé Canada a publié une Demande de propositions sur l'évaluation des coûts liés au Règlement sur le tabac afin d'effectuer l'analyse des coûts nécessaire. Santé Canada a continué à élaborer des politiques et à examiner des documents scientifiques à ce sujet.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Modification du Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales (RAMM) afin de simplifier le processus d'autorisation pour les patients et leurs médecins	Pour des motifs de compassion, les personnes gravement malades résidant au Canada auront, avec le soutien de leur médecin, un accès raisonnable à la marihuana à des fins médicales, lorsque les thérapies conventionnelles ne seront pas efficaces.	Atteinte des résultats en fonction de la satisfaction accrue de l'efficacité du programme médical de marihuana (c.-à-d. une diminution de plaintes) et d'un nombre réduit de contestations judiciaires du Règlement.	Publiée dans la *Gazette du Canada*, partie II, le 29 juin 2005. Le Règlement est entré en vigueur le 7 juin 2005. Aucune modification apportée au projet de règlement publié préalablement dans la *Gazette du Canada*, partie I, à la suite des observations reçues; 32 personnes ont fait part de leurs observations. Processus simplifié pour les demandes d'autorisation de possession de marihuana; évitement de prendre des mesures non nécessaires d'application de la loi, car les agents de police peuvent confirmer si une personne est autorisée à avoir en sa possession ou à produire de la marihuana à des fins médicales avant la perquisition. Une autorisation limitée en ce qui concerne la marihuana produite pour Santé Canada doit être fournie aux personnes autorisées par l'entremise des pharmacies afin de permettre que soit effectué un projet pilote pour déterminer la faisabilité de la distribution de marihuana à des fins médicales par l'entremise du système conventionnel de distribution en pharmacie.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Règlements dans le cadre de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) visant à étendre l'autorité aux personnes appartenant aux professions de la santé réglementées de prescrire, au besoin, des substances réglementées	La loi fédérale ne limitera pas inutilement la pratique professionnelle d'une profession de la santé réglementée par les autorités provinciales ou territoriales, y compris les praticiens en médecine, en dentisterie, en médecine vétérinaire, en médecine podiatrique, la profession de sage femme, et les infirmiers praticiens, par rapport à l'usage de certaines substances réglementées dans le traitement de leurs patients. Ce résultat sera atteint au cours des deux ou trois prochaines années, au fur et à mesure que les règlements fédéraux, provinciaux et territoriaux seront modifiés afin de permettre aux professionnels de la santé de prescrire des substances réglementées conformément aux normes de l'exercice professionnel définies par leurs organismes de réglementation.	On mesurera l'atteinte des résultats en fonction d'une meilleure correspondance avec les cadres fédéraux, provinciaux et territoriaux régissant l'usage approprié des substances réglementées à des fins médicales.	Un comité consultatif chargé de l'élargissement du pouvoir de prescrire des substances contrôlées a été formé en juin 2004. Le comité s'est réuni en janvier 2005 afin de discuter des principes fondamentaux sur lesquels reposeront le cadre stratégique et le règlement d'habilitation et d'en arriver à un consensus à ce sujet.
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire			
Mise à jour du règlement actuel sur les produits antiparasitaires à la lumière de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* (nouvelle LPA)	Faire en sorte que la terminologie est conforme à la nouvelle loi et que toutes les dispositions qui ont été insérées dans la loi sont rayées du règlement.	Le Règlement est conforme à la nouvelle LPA et vient appuyer celle-ci.	Un règlement révisé est en voie de préparation.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Création d'un règlement sur la déclaration des effets indésirables des produits antiparasitaires	Fournir des données utiles à une réévaluation, voire au déclenchement d'une évaluation spéciale, visant le retrait de produits antiparasitaires et la cessation d'usages comportant un risque inacceptable.	Communication de données sur les effets indésirables des produits antiparasitaires par tous les détenteurs d'homologations.	Le Règlement proposé a été publié préalablement dans la *Gazette du Canada*, partie I, le 23 octobre 2004. L'ébauche de formulaires de déclaration d'effet néfaste a été publiée à des fins d'observations le 25 octobre 2004. Les observations reçues à la suite de la publication dans la *Gazette du Canada*, partie I, ont été analysées et des réponses ont été préparées. La version finale du Règlement est en voie de préparation.
Création d'un règlement sur la déclaration des données concernant les ventes de produits antiparasitaires	Faciliter l'établissement des priorités, l'évaluation et la réduction des risques pour la santé et l'environnement, et contrôler l'efficacité des efforts visant la réduction des risques.	Déclaration annuelle des données liées aux ventes par les détenteurs d'une homologation relativement à chaque produit antiparasitaire.	Les observations reçues à la suite de la publication dans la partie I de la *Gazette du Canada le 27 mars 2004* ont été analysées et des réponses ont été préparées. La version finale du Règlement est en voie de préparation.
Création d'un règlement sur les données relatives à la sécurité des produits antiparasitaires	Fournir de meilleurs outils décisionnels aux personnes qui travaillent avec des produits antiparasitaires et créer des milieux de travail plus sûrs grâce à des données plus complètes sous forme de fiches signalétiques.	Communication de données sur la sécurité des produits antiparasitaires à tous les travailleurs et à tous les utilisateurs, échelonnée sur cinq ans.	Le Règlement proposé a été publié préalablement dans la *Gazette du Canada*, partie 1, le 17 juillet 2004. Les observations reçues font présentement l'objet d'une analyse, et des réponses sont en train d'être préparées.
Création d'un règlement sur le réexamen des décisions relatives à l'homologation des produits antiparasitaires	Fournir des détails procéduraux et administratifs nécessaires à la régie du processus de réexamen.	Compréhension claire des exigences et des responsabilités de la part des parties intéressées. Processus de réexamen fluide.	Un projet de règlement est en voie de préparation.

Tableau financier 9 : Principales initiatives réglementaires (suite)

Réglementation	Résultats prévus	Critères de mesure du rendement	Résultats obtenus
Mise à jour du Règlement sur les sanctions administratives pécuniaires en matière d'agriculture et d'agroalimentaire (LPA et son règlement)	Tenir compte des infractions additionnelles prévues en vertu de la nouvelle Loi et du règlement.	Le Règlement est conforme à la nouvelle LPA et à son règlement et vient appuyer ceux-ci.	Un règlement révisé est en voie de préparation.
Établissement d'un règlement sur la protection des données	Préciser les circonstances ou les conditions en vertu desquelles les données fournies par les détenteurs d'homologation pourraient être utilisées en rapport avec les demandes ou homologations d'autres personnes.	Protection des données des détenteurs d'homologation contre l'utilisation commerciale injuste et développement et inscription de nouveaux produits antiparasitaires plus sûrs. Renforcement de la protection de la santé et de l'environnement, et augmentation de la confiance du public et des intervenants dans le règlement sur les produits antiparasitaires.	Poursuite de l'élaboration de politiques à ce sujet par Santé Canada.
Règlement sur les aliments et drogues (Diverses modifications au Titre 15—Falsification des produits alimentaires)	Inscription de LMR nouvelles ou révisées de produits antiparasitaires dans le Règlement sur les aliments et drogues, selon les besoins, afin d'assurer l'innocuité des produits alimentaires après l'usage de ces produits sur les plantes cultivées ou par les animaux destinés à l'alimentation.	Les aliments sont conformes aux LMR prescrites.	Santé Canada continue d'évaluer et de prescrire des LMR pour des produits antiparasitaires bien précis présents dans les aliments.

Tableau financier 10 : Renseignements sur les dépenses de projet

(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	Coût total estimatif actuel	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	2004–2005			
				Budget principal des dépenses	Dépenses prévues	Autorisations totales	Réelles
Gestion de l'information et du savoir							
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits — Dossier de santé électronique (projet) Phase du projet : Planification	739	238	197	376	376	376	304
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits — Dossier de santé électronique (projet) Phase du projet : Définition	1 848	596	493	940	940	940	760
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits — Dossier de santé électronique (projet) Phase du projet : Mise en œuvre	4 436	1 429	1 183	2 256	2 256	2 256	1 824
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits — Dossier de santé électronique (projet) Phase du projet : Clôture	370	119	99	188	188	188	152
Soins primaires aux Premières nations et aux Inuits — Dossier de santé électronique (projet) **Total**	**7 393**	**2 382**	**1 972**	**3 760**	**3 760**	**3 760**	**3 040**

Tableau financier 11A : Sommaire des paiements de transfert par secteur d'activités

(EN MILLIONS DE DOLLARS)

Ce tableau donne la ventilation des paiements de transfert (subventions, contributions et autres) par secteur d'activités. Pour de plus amples renseignements, voir le tableau « Détails des programmes de paiements de transfert ».

Secteurs d'activités	2002–2003 Dépenses réelles	2003–2004 Dépenses réelles	2004–2005 Budget principal des dépenses	2004–2005 Dépenses prévues	2004–2005 Total des autorisations	2004–2005 Dépenses réelles
Subventions						
Politique en matière de soins de santé	3,5	31,9	41,0	41,0	50,8	50,7
Promotion et protection de la santé	20,5	348,8	40,6	41,1	6,9	6,7
Gestion de l'information et du savoir	0,0	670,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gestion et administration ministérielles	0,0	25,0	1,0	1,0	0,2	0,2
Total des subventions	**24,0**	**1 075,7**	**82,6**	**83,1**	**57,9**	**57,6**
Contributions						
Politique en matière de soins de santé	51,1	216,1	253,0	253,0	226,7	222,8
Promotion et protection de la santé	189,3	213,6	176,6	186,3	36,3	36,2
Santé des Premières nations et des Inuits	677,9	702,2	739,7	757,0	781,7	779,4
Gestion de l'information et du savoir	31,8	20,4	22,0	22,0	27,8	27,5
Gestion et administration ministérielles	36,7	45,7	19,8	19,7	52,1	52,1
Total des contributions	**986,8**	**1 198,0**	**1 211,1**	**1 238,0**	**1 124,6**	**1 118,0**
Autres paiements de transfert						
Promotion et protection de la santé	21,2	44,0	50,1	50,1	0,0	0,0
Total des autres paiements de transfert	**21,2**	**44,0**	**50,1**	**50,1**	**0,0**	**0,0**
Total des paiements de transfert	**1 032,0**	**2 317,7**	**1 343,8**	**1 371,2**	**1 182,5**	**1 175,6**

L'augmentation des dépenses au titre de la Politique en matière de soins de santé est principalement attribuable au financement d'initiatives prévues dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, notamment de celles touchant les ressources humaines en santé et le Conseil de santé du Canada.

La diminution, en 2004-2005, des dépenses au titre de la Promotion et de la protection de la santé est principalement attribuable à la création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), le 24 septembre 2004, et au transfert de fonds subséquent. En 2003-2004, une subvention ponctuelle a été versée à la province de l'Ontario, à titre de subvention désignée, pour le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

L'augmentation des dépenses au titre de la Santé des Premières nations et des Inuits est principalement attribuable au versement d'une subvention ponctuelle à la province de l'Ontario, à titre de subvention désignée, pour la construction du centre de santé Meno Ya Win.

La diminution des dépenses au titre de la Gestion de l'information et du savoir est liée au versement de subventions législatives à Inforoute Santé du Canada Inc. et à l'Institut canadien d'information sur la santé.

La diminution des dépenses au titre de la Gestion et de l'administration ministérielles est essentiellement liée au versement d'une subvention législative à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiements de transfert (PPT)

EXPLICATIONS GÉNÉRALES

- Le tableau ci-dessous fournit un sommaire des programmes de paiements de transfert contenus dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005 de Santé Canada. Pour obtenir les détails, consultez l'annexe A à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/index_f.html
- Tous les PPT contenus dans le tableau sont des programmes votés. (Les programmes législatifs de Santé Canada se situent sous le seuil de cinq millions de dollars ou font l'objet d'un autre rapport.)
- Toutes les données financières sont en millions de dollars.
- Compte tenu des longs antécédents et de l'évolution de certains programmes, le financement total n'est pas significatif ou ne peut être déterminé sans exiger un effort exceptionnel. Dans de tels cas, la rubrique du financement total est alors demeurée vide.
- Le RPP 2004–2005 comportait plusieurs programmes de paiements de transfert de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP), remplacée par la nouvelle Agence de santé publique du Canada (ASPC), selon l'annonce du gouvernement du Canada le 24 septembre 2004. Les deux programmes de subventions, les cinq programmes de contributions et les programmes d'« autres paiements de transfert » suivants ont été exclus du RMR 2004–2005, car ils figurent dans le rapport présenté par la nouvelle Agence :
  - — Subventions à des personnes ou à des organismes pour financer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement ainsi que de la recherche;
  - — Subventions accordées à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida;
  - — Contributions à des personnes et à des organismes pour financer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation et du perfectionnement ainsi que de la recherche;
  - — Contributions à des organisations communautaires sans but lucratif pour financer, à long terme, l'élaboration et la prestation de services de prévention et d'intervention précoce visant à lutter contre les problèmes de santé et de développement que connaissent les jeunes enfants à risque au Canada;
  - — Contributions accordées à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida;
  - — Contributions à des organisations et institutions autochtones locales ou régionales, sans but lucratif; constituées en sociétés dans le but d'élaborer des programmes d'intervention précoce pour les enfants autochtones d'âge préscolaire et leur famille;
  - — Paiements aux provinces et aux territoires afin d'améliorer l'accès aux services de santé et aux traitements pour les personnes qui ont contracté l'hépatite C par transfusion sanguine.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

SUBVENTIONS

Politique en matière de soins de santé

PROGRAMME DE SUBVENTIONS EN PARTENARIAT AVEC LES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DANS LE CADRE DES POLITIQUES ET DES STRATÉGIES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ		
Date de début : 21 octobre 2002	Échéance : 31 mars 2008 et en cours	Financement total : 26,9 M$ et financement permanent

Résultats obtenus ou progrès réalisés

Stratégie sur les technologies de la santé

En septembre 2004, les ministres de la Santé ont approuvé la Stratégie sur les technologies de la santé du Canada. Cette Stratégie illustre une approche conjointe visant à assurer l'accès continu des Canadiens à une technologie appropriée de soins de santé, dans le cadre du système public de soins de santé. La Stratégie définit une approche pancanadienne de la formulation de données probantes et de conseils stratégiques touchant les technologies de la santé, y compris l'établissement de structures et d'un processus transparent permettant aux provinces et aux territoires de partager des renseignements et, le cas échéant, de collaborer en vue d'une gestion plus efficace de la technologie de la santé.

Afin d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie, le budget de 2003 prévoyait l'affectation de 45 millions de dollars, sur une période de cinq ans, à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), l'organisme national canadien d'évaluation de la technologie de la santé. Ce financement a accru la capacité et l'utilité de l'information en matière d'évaluation de la technologie de la santé sur le plan de l'appui de la prise de décisions stratégiques touchant les technologies de la santé dans l'ensemble du pays.

OCCETS — Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM) :

Le 12 mars 2004, la Conférence des sous-ministres de la Santé a approuvé l'établissement du programme du SCPUOM. Les responsables du SCPUOM ont mis en œuvre de nombreuses activités afin de promouvoir les objectifs du programme, notamment des activités axées sur la participation des intervenants et les partenariats, la collecte de renseignements sur les pratiques exemplaires, l'évaluation de la qualité des méthodes d'évaluation et du transfert de connaissances, ainsi que des activités de diffusion externe et de communication.

OCCETS — Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM)

L'évaluation du programme a débuté et vise à déterminer si le PCEM atteint ses objectifs. Les intervenants participeront à l'évaluation.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	2,2	8,4	15,0	16,4	16,3	-1,3

SUBVENTION POUR LE SUPPLÉMENT DE SANTÉ DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST À L'ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES		
Date de début : 15 mai 2003	Échéance : 2005–2006	Financement total : 20,0 M$ sur trois ans

Résultats obtenus ou progrès réalisés

Le gouvernement des T.N.-O. a présenté à la population un rapport en regard d'indicateurs comparables de la santé et du système de santé. Le rapport était conforme aux indicateurs élaborés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral dans le cadre des engagements définis dans l'Accord de 2003.

Le gouvernement territorial a réalisé des progrès au chapitre du renforcement de ses systèmes de soins en recrutant des médecins supplémentaires et d'autres professionnels de la santé, en accroissant les services afin de réduire le délai d'attente dans le territoire et en fournissant d'autres programmes de santé et de bien-être.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		6,7	5,6	6,7	6,7	-1,1

SUBVENTION POUR LE SUPPLÉMENT DE SANTÉ DU NUNAVUT À L'ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES

Date de début : 15 mai 2003	Échéance : 2005–2006	Financement total : 20,0 M$ sur trois ans

Résultats obtenus ou progrès réalisés

Le gouvernement territorial a présenté à la population un rapport en regard d'indicateurs comparables de la santé et du système de santé. Le rapport était conforme aux indicateurs élaborés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral dans le cadre des engagements définis dans l'Accord de 2003.

Le gouvernement territorial a réalisé des progrès au chapitre du renforcement de ses systèmes de soins en recrutant des médecins supplémentaires et d'autres professionnels de la santé, en accroissant les services afin de réduire le délai d'attente dans le territoire et en fournissant d'autres programmes de santé et de bien-être.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		6,7	5,5	6,7	6,7	-1,2

SUBVENTION POUR LE SUPPLÉMENT DE SANTÉ DU YUKON À L'ACCORD DE 2003 DES PREMIERS MINISTRES

Date de début : 15 mai 2003	Échéance : 2005–2006	Financement total : 20,0 M$ sur trois ans

Résultats obtenus ou progrès réalisés

Le gouvernement territorial a présenté à la population un rapport en regard d'indicateurs comparables de la santé et du système de santé. Le rapport était conforme aux indicateurs élaborés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral dans le cadre des engagements définis dans l'Accord de 2003.

Le gouvernement territorial a réalisé des progrès au chapitre du renforcement de ses systèmes de soins en recrutant des médecins supplémentaires et d'autres professionnels de la santé, en accroissant les services afin de réduire le délai d'attente dans le territoire et en fournissant d'autres programmes de santé et de bien-être.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		6,7	5,6	6,7	6,7	-1,1

SUBVENTION À L'INSTITUT CANADIEN SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (ICSP)

Date de début : 10 décembre 2003	Échéance : 31 mars 2008	Financement total : 8,0 M$ annuellement

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

L'ICSP a achevé un plan d'activités stratégiques élaboré selon trois thèmes dominants : 1) définir les enjeux liés à la sécurité des patients dans le système de santé; 2) définir les pratiques de premier plan et les interventions efficaces; 3) être le maître d'œuvre du changement par l'entremise de partenariats, de la participation des intervenants et d'une communication transparente. L'ICSP a également élaboré un plan d'action, de même qu'un rapport d'étape de 2004–2005 et un rapport sur les priorités de 2005–2006.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		2,2	8,0	8,0	8,0	0

Promotion et protection de la santé

SUBVENTION À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG—SÛRETÉ DU SANG, EFFICACITÉ ET RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT		
Date de début : juillet 1998	Échéance : en cours	Financement total : 5 M$ annuellement
Résultats obtenus ou progrès réalisés : Grâce à nos efforts visant à appuyer la recherche scientifique touchant la sécurité du sang, les solutions de remplacement à la transfusion et les succédanés de sang, les risques pour la santé des Canadiens diminuent. http://www.bloodservices.ca/CentreApps/Internet/UW_V502_MainEngine.nsf/page/Sécurité+et+dépistage?OpenDocument		

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	0

CONTRIBUTIONS

Politique en matière de soins de santé

CONTRIBUTIONS AU FONDS POUR L'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (FASSP)		
Date de début : 13 juin 2001 (approbation de la présentation au CT)	Échéance : 30 septembre 2006 (échéance de la contribution); 31 mars 2007 (élimination progressive du programme, évaluation de F et E, etc.)	Financement total : 749,3 M$
Résultats obtenus ou progrès réalisés : La totalité des fonds a été affectée à plus de 70 initiatives, qui se déroulent de façon constante. La possibilité d'une prolongation de six mois pour l'ensemble des initiatives financées permet de veiller à ce qu'elles fournissent tous les résultats prévus; en outre, les responsables des initiatives ont davantage de temps pour terminer leurs évaluations et leurs rapports finals destinés au Ministère. On a procédé à l'évaluation formative en 2004–2005; le rapport sera achevé au cours de 2005–2006. Deux rapports ont été publiés en juin 2005 : le Résumé des initiatives du FASSP et le Rapport provisoire du FASSP. Six initiatives ont pris fin au cours de 2004–2005, 23 se termineront d'ici le 31 mars 2005 et le reste, d'ici à septembre 2006.		

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	48,2	209,2	244,7	212,1	210,8	33,9

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR LES STRATÉGIES ET POLITIQUES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ		
Date de début : 24 septembre 2002	Échéance : En cours	Financement total : plus de 171,6 M$

Résultats obtenus ou progrès réalisés

Stratégie en matière de ressources humaines en santé (RHS)

Le projet d'élaboration de la base de données des RHS (huit millions de dollars) entraînera une amélioration de la quantité, de la portée et de la qualité des renseignements à l'appui de la planification et de la gestion des RHS. Les données améliorées appuieront l'élaboration d'indicateurs comparables et permettront d'accroître la capacité de recherche et de planification fondées sur des données probantes à l'égard des RHS. Au cours de 2004–2005, Santé Canada a lancé quatre demandes de propositions importantes relativement à des projets de contribution dans le cadre de la stratégie en matière de RHS. Le dispositif de financement de projets provinciaux, territoriaux et régionaux a permis de verser quatre millions de dollars aux gouvernements provinciaux et territoriaux, afin que ceux-ci prennent des mesures à l'égard de priorités précises de leur ressort en matière de RHS. Les propositions de la phase I de l'Initiative de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (13 millions de dollars) ont été présentées en décembre 2004. Les projets seront opérationnels en 2005–2006 et seront conçus de manière à permettre aux professionnels de la santé d'acquérir la formation et les connaissances nécessaires pour travailler au sein d'équipes interprofessionnelles; de plus, les projets contribueront au renouvellement du système de santé, à l'amélioration de la sécurité des patients et à l'accroissement de l'efficacité et de la viabilité du système de santé. Afin d'atteindre et de maintenir un niveau optimal d'approvisionnement, de distribution, de déploiement et de combinaison de dispensateurs de soins de santé, Santé Canada aide les diplômés en médecine formés à l'étranger à surmonter les obstacles à l'autorisation d'exercer, auxquels bon nombre font face au Canada. En 2004–2005, le Ministère a affecté environ trois millions de dollars aux gouvernements provinciaux et territoriaux en vue d'accroître leur capacité d'appuyer des évaluations additionnelles touchant les diplômés en médecine formés à l'étranger. Enfin, les responsables de l'initiative sur les milieux de travail sains ont reçu des propositions d'une valeur d'environ 3,5 millions de dollars sous forme de projets de contribution qui seront mis en œuvre au cours de 2005–2006, afin d'aider les organisations du système de santé du Canada à établir et à maintenir un milieu de travail sain, ce qui constitue un facteur clé dans le cadre du recrutement et du maintien en fonction de travailleurs de la santé.

Initiative du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM)

Réunions et téléconférences du comité des opérations — trois réunions; dix téléconférences

Réunions et téléconférences du comité consultatif — deux réunions; deux téléconférences

Réunions et téléconférences de la coalition canadienne pour la déclaration des incidents médicamenteux — une réunion; trois téléconférences

On a amorcé des négociations relatives à la surveillance stratégique et à la coordination nationale du SCDPIM (qui seront assurées par l'Institut canadien de la sécurité des patients)

On a terminé l'évaluation préliminaire des facteurs relatifs à la vie privée de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

On a terminé l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée de l'ISMP Canada

On a élaboré le cadre de communications du SCDPIM

On a rédigé le protocole d'entente du comité des opérations du SCDPIM

On a élaboré un projet d'outil d'analyse des causes fondamentales; l'essai pilote a été mis en œuvre

On a rédigé et diffusé des bulletins d'information du SCDPIM

Voici les résultats obtenus dans le cadre de la conception et de l'élaboration du SCDPIM :

Analyse de la conjoncture, c.-à-d. une étude courante des solutions canadiennes et internationales en matière de déclaration des incidents médicamenteux

Projets de modèles de processus opérationnels à l'intention des personnes et des organismes de services de santé qui présentent des rapports au SCDPIM

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

Projet de normes de données liées à la déclaration des incidents médicamenteux

Présentation de données et spécifications

Évaluation d'une option « élaborer ou acheter »

Programme de contribution aux pratiques exemplaires

Le Ministère a financé onze projets dans le cadre de son Programme de contribution aux pratiques exemplaires (PCPE), un programme fédéral dont les bénéficiaires possibles sont les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les établissements d'enseignement supérieur. Santé Canada a diffusé sa deuxième demande de propositions en février 2005. Le PCPE offre un appui financier aux initiatives qui ont pour but d'évaluer les pratiques exemplaires liées à la prescription et à l'utilisation optimales de la pharmacothérapie et d'encourager l'adoption de telles pratiques exemplaires dans les administrations.

Système d'information national sur l'utilisation des médicaments prescrits (SINUMP)

Créé pour donner suite aux engagements pris par les premiers ministres en 2000, le Système d'information national sur l'utilisation des médicaments prescrits (SINUMP) est un système d'information géré par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dont le service d'analyse est assuré par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). Ce système fournira de l'information précise et récente sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance qui aidera les responsables des programmes publics de médicaments à établir de bonnes politiques sur les produits pharmaceutiques, à optimiser la gestion des régimes d'assurance-médicaments et à accroître la compréhension des facteurs qui ont une incidence sur les dépenses en médicaments. En 2004–2005, l'ICIS a conclu des ententes de partage des données avec des régimes publics d'assurance-médicaments et a étudié des façons d'inclure les données des régimes privés d'assurance-médicaments.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		4,3	5,5	11,9	9,4	-3,9

Promotion et protection de la santé

PAIEMENTS AUX PROVINCES ET AUX TERRITOIRES ET À DES ORGANISMES NATIONAUX SANS BUT LUCRATIF POUR APPUYER L'ÉLABORATION DE PROGRAMMES NOVATEURS DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION À L'INTENTION DES PERSONNES SOUFFRANT D'ALCOOLISME ET DE TOXICOMANIE

Date de début :	Échéance : En cours	Financement total : 14,0 M$ annuellement
1er avril 1997		

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

On a tenu des discussions avec les provinces et les territoires en vue d'améliorer la mesure du rendement des services de traitement et de réadaptation fondés sur un mécanisme de partage des coûts avec le gouvernement fédéral, en vertu du Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT). On prend des mesures afin d'améliorer la mesure du rendement dans le cadre d'un examen général du Programme de TRAT, dirigé par un groupe de travail fédéral-provincial-territorial.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	15,6	17,2	14,0	14,2	14,2	-0,2

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

CONTRIBUTIONS À LA STRATÉGIE FÉDÉRALE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME (SFLT)		
Date de début : 2001–2002	Échéance : En cours	Financement total : 169,65 M$

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

- Appui continu de lignes d'aide au renoncement au tabac dans les provinces de l'Atlantique, au Manitoba et en Saskatchewan, en assurant l'accès dans l'ensemble des provinces.
- Évaluation nationale des lignes d'aide au renoncement au tabac.
- Recherche à l'appui de l'application d'une approche coordonnée nationale du renoncement au tabac dans les collectivités du Canada, mise en œuvre de concert avec l'Université de Waterloo et les gouvernements de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Colombie-Britannique, dans le but d'évaluer une démarche coordonnée à cet égard. Nous évaluerons des facteurs comme le degré d'accoutumance des fumeurs, et nous offrirons un service d'aiguillage vers les sources les plus compétentes d'aide au renoncement. Un suivi permettra de déterminer l'efficacité de diverses interventions.
- Renforcement de l'infrastructure de lutte contre le tabagisme à l'échelle régionale et nationale, par l'intermédiaire du financement du Centre national de documentation sur le tabac et la santé, de Médecins pour un Canada sans fumée et de l'Association nationale pour les droits des fumeurs.
- Sensibilisation du public grâce à la diffusion de renseignements sur la lutte contre le tabagisme.
- Élaboration et diffusion de ressources en matière de prévention du tabagisme à l'intention des écoles, p. ex., *La science, le tabac et vous*; ressources axées sur la participation des jeunes, p. ex., défendre les écoles sans fumée.
- Élaboration et diffusion d'un programme de renoncement au tabac destiné aux adolescents, appelé *Quit 4 Life/Une vie sans fumer*, et qui peut être utilisé dans les écoles ou à titre de ressource d'auto-assistance sur Internet.
- Renforcement de la collaboration FPT grâce à l'élaboration d'un cadre d'intervention conjoint axé sur les jeunes et les jeunes adultes.
- Mise en œuvre, dans l'ensemble du pays, de 33 projets fondés sur les médias de masse et qui ont entraîné diverses campagnes axées sur la réduction de l'exposition à la fumée secondaire, sur la prévention du tabagisme chez les jeunes ou sur le renoncement au tabac.
- Élaboration et diffusion de plus de 200 000 exemplaires de *Sur la voie de la réussite*, un programme interactif d'auto-assistance sur Internet (également accessible sous forme d'une brochure intitulée *Guide pour devenir un non-fumeur*). *Sur la voie de la réussite* est conçu de manière à motiver les fumeurs à renoncer au tabac et à les appuyer au cours du processus.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	9,1	15,5	22,2	16,4	16,4	5,8

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

Santé des Premières nations et des Inuits

CONTRIBUTIONS À DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES INTÉGRÉS POUR LES INDIENS ET LES INUITS

Date de début : 3 février 1994	Échéance : 31 mars 2005	Financement total :

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

Quatre-vingt-cinq pour cent des communautés des Premières nations et des Inuits (PNI) ont accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire, ce qui représente une augmentation de deux pour cent comparativement à 2003–2004.

Santé Canada continue de collaborer avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et les PNI en vue d'élaborer un cadre de soins prolongés et de longue durée au sein des communautés inuites et celles des Premières nations.

On recense actuellement 58 centres de traitement affiliés au PNLAADA (Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones) et au Programme national de lutte contre l'abus des solvants chez les jeunes dans l'ensemble du Canada.

En 2004–2005, environ 6 000 femmes ont participé au volet Premières nations et Inuits du Programme canadien de nutrition prénatale dans environ 450 endroits où le projet se déroulait; on y offrait des services à plus de 600 communautés Inuites et des Premières nations.

Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et l'Association des femmes inuites (Pauktuutit) ont mené des campagnes améliorées de sensibilisation au sida. Plus de 20 000 affiches, brochures et fiches d'information sur le VIH/sida ont été distribuées parmi les communautés des Premières nations; en outre, 1 500 exemplaires d'une brochure et de fiches d'information ont été traduits vers l'inuktitut. Plusieurs communautés ont participé à des campagnes de sensibilisation de concert avec leurs organismes autochtones locaux ou régionaux de services de lutte contre le sida.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	294,1	305,6	322,7	326,2	325,0	-2,3

PAIEMENTS À DES BANDES, À DES ASSOCIATIONS OU À DES GROUPES INDIENS POUR LE CONTRÔLE ET LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ

Date de début : 29 juin 1989	Échéance : 31 mars 2006	Financement total :

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

Responsabilisation accrue et renforcement des capacités des Premières nations et des Inuits et souplesse dans la conception et la prestation des programmes et des services. Le projet de démonstration de régime de soins de santé représente un autre pas vers l'augmentation de la capacité des communautés des Premières nations et des Inuits de répondre aux besoins de leurs membres en matière de santé, d'accroître la responsabilisation et d'intégrer les services, dans la mesure du possible. Sept communautés ont participé au projet de démonstration de régime de soins médicaux à la fin de 2004–2005. Les communautés, réparties dans diverses régions du pays, illustraient une grande diversité sur les plans du type de communautés, de la population et de l'éloignement. Les sept communautés ont achevé leurs régimes de soins médicaux, et le Ministère les a examinés et évalués.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	190,9	192,8	203,9	205,2	205,2	-1,3

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

CONTRIBUTIONS À DES PROJETS PILOTES POUR ÉVALUER LES OPTIONS DE PRISE EN CHARGE DU PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA) PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

Date de début : 15 septembre 1994	Échéance : 31 mars 2005	Financement total :

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

On a examiné les projets pilotes du PSSNA en 2004 et un rapport de synthèse faisant état des résultats et de recommandations a été achevé en mars 2005. Un des 31 projets pilotes initiaux était toujours en cours en 2004. La prolongation du projet pilote a été autorisée en mars 2005; un examen du rendement fondé sur une vérification sera mis en œuvre au cours de 2005–2006.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	6,9	10,6	12,0	8,2	8,2	3,8

CONTRIBUTIONS À DES BANDES INDIENNES, À DES ASSOCIATIONS OU À DES GROUPES INDIENS OU INUITS, À DES ADMINISTRATIONS MUNICIPALES ET AUX GOUVERNEMENTS TERRITORIAUX POUR LES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)

Date de début : 8 novembre 1979	Échéance : 31 mars 2005	Financement total :

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

Le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) fournit un éventail de biens et de services médicalement nécessaires (médicaments, soins dentaires, soins de la vue, fournitures médicales et équipement sanitaire, services d'intervention de crise en santé mentale à court terme et services de transport des malades pour obtenir des services médicaux qui ne sont pas offerts dans la réserve ni dans la communauté de résidence) à environ 765 000 Inuits et membres des Premières nations, indépendamment de leur lieu de résidence.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	124,4	128,3	105,8	130,0	130,0	-24,2

PAIEMENTS VERSÉS À L'INSTITUT SUR LA SANTÉ AUTOCHTONE/CENTRE POUR L'AVANCEMENT DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Note : Le programme ne figurait pas dans le RMR, car les dépenses réelles étaient inférieures à 200 000 dollars.

CONTRIBUTIONS POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION DES MALADIES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS ET POUR L'ÉLABORATION DE PROJETS VENANT EN AIDE AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUITS POUR LA PRISE DE CONTRÔLE DES SERVICES DE SANTÉ

Date de début : 3 novembre 1994	Échéance : 31 mars 2005	Financement total :

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

Afin de combler l'écart entre l'état de santé des Canadiens autochtones et celui des Canadiens non autochtones, Santé Canada a mis en place une stratégie de promotion de la santé et de prévention des maladies au sein des Premières nations, et a collaboré avec des partenaires pour améliorer la prestation des soins de santé.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	17,7	18,8	46,6	29,0	29,0	17,6

CONTRIBUTIONS AUX INDIENS OU AUX INUITS, OU POUR LEUR COMPTE, AFIN DE PAYER LES COÛTS DE CONSTRUCTION, D'AGRANDISSEMENT OU DE RÉNOVATION D'HÔPITAUX ET D'AUTRES INSTALLATIONS OU ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ, ET LES COÛTS DE L'ÉQUIPEMENT D'HÔPITAL ET DE SOINS DE SANTÉ

Date de début : 1er février 1979	Échéance : 31 mars 2005	Financement total :

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

La réparation, l'amélioration et le remplacement de systèmes de bâtiments ont permis d'améliorer la sécurité et l'efficacité opérationnelle des hôpitaux et d'autres établissements sanitaires de Santé Canada. Les projets comportaient la mise à niveau de systèmes de distribution de carburant, la réparation d'appareils et de systèmes de chauffage et l'installation de systèmes efficaces d'éclairage et de matériel à énergie solaire.

Nous avons construit 11 établissements de santé, y compris cinq postes sanitaires, quatre centres de santé et deux postes de soins infirmiers. Les communautés inuites et celles des Premières nations sont ainsi assurées d'avoir accès à des services de santé dans des établissements de santé modernes et durables.

Santé Canada a construit 16 unités d'habitation pour loger le personnel infirmier affecté dans des communautés éloignées et isolées.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	32,5	44,8	23,4	49,0	49,0	-25,6

CONTRIBUTION AU PROGRAMME D'AIDE PRÉSCOLAIRE AUX AUTOCHTONES (PAPA)

Date de début : 25 août 1998	Échéance : 31 mars 2005	Financement total :

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

Des éléments du programme PAPA ont été mis en œuvre dans 338 communautés, ce qui a permis d'offrir des services à environ 9 100 enfants. En 2004–2005, les responsables du PAPA ont tenu un atelier consacré aux besoins particuliers des enfants des communautés des Premières nations, afin d'examiner de nouveaux éléments du Programme visant à répondre à ces besoins. De plus, nous avons animé des groupes de discussion de parents des communautés, afin d'obtenir la rétroaction de ces derniers relativement aux obstacles à la participation des parents et à des stratégies destinées à les éliminer.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	32,8	33,1	32,8	37,7	37,6	-4,8

CONTRIBUTIONS AU PROGRAMME D'IMMOBILISATION ET D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ NON MINISTÉRIELLES DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

Nota : Ce programme était inclus dans le RPP 2004-2005 de Santé Canada et comportait des dépenses prévues de 18,5 millions de dollars en 2004–2005. Le programme ne figurait pas dans le RMR, car les paiements ont été versés au titre du secteur d'activité de la gestion et de l'administration ministérielles du Programme de contribution à la construction et à la rénovation.

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

CONTRIBUTION NOMMÉE À L'ONTARIO POUR LA CONSTRUCTION DU CENTRE DE SANTÉ MENO YA WIN						
Date de début : 2004–2005	Échéance : 2004–2005		Financement total : 37,4 M$			
Résultats obtenus ou progrès réalisés : Construction du centre de santé Meno Ya Win.						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT				37,4	37,4	-37,4
Nota : Cette contribution ne figurait pas dans le RPP 2004-2005. Il s'agit d'une affectation financière unique destinée au gouvernement de l'Ontario.						

CONTRIBUTIONS À DES ASSOCIATIONS ET À DES GROUPES INDIENS ET INUITS POUR DES CONSULTATIONS TOUCHANT LA SANTÉ DES INDIENS ET DES INUITS						
Date de début : 23 juillet 1980	Échéance : 31 mars 2005		Financement total :			
Résultats obtenus ou progrès réalisés : On a dirigé des consultations nationales et régionales et le processus de participation des Premières nations et des Inuits.						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT	4,7	5,2	1,0	5,6	5,4	-4,4
Nota : Ce programme n'a pas été intégré au RPP de 2004-2005, car les dépenses prévues s'établissaient à 1,0 million de dollars en 2004-2005; cependant, le programme a été ajouté au RMR, car les dépenses réelles ont dépassé cinq millions de dollars.						

Gestion de l'information et du savoir

PROGRAMME DE CONTRIBUTIONS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS DES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DES LANGUES OFFICIELLES (CMLO) AUX SERVICES DE SANTÉ						
Date de début : 1er avril 2003	Échéance : 2007–2008 et en cours		Financement total : 89 M$ sur cinq ans (2003–2008)			
Résultats obtenus ou progrès réalisés : À ce jour, 27 réseaux communautaires touchant des communautés minoritaires des deux langues officielles ont été mis en place dans l'ensemble du Canada. De plus, en ce qui concerne les communautés minoritaires francophones, 40 étudiants ont obtenu un diplôme universitaire et 100 ont obtenu un diplôme collégial en juin 2004. Santé Canada a appuyé la mise en place de programmes de formation dans 10 établissements d'enseignement postsecondaire. En ce qui concerne les communautés minoritaires anglophones, on a établi les programmes d'enseignement de langue seconde à l'intention des professionnels de la santé. La formation en langue seconde doit débuter en 2005–2006.						
	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT		8,0	13,0	14,8	14,8	-1,8

Tableau financier 11B : Sommaire des détails de programmes de paiement de transfert (PPT) (suite)

FONDS D'ADAPTATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (ENVELOPPE DES CMLO)		
Date de début : 1er avril 2001	Échéance : 31 mars 2007	Financement total : 30 M$ sur 42 mois, de 2003 à 2006 (au titre de l'enveloppe des CMLO)

Résultats obtenus ou progrès réalisés :

À ce jour, en ce qui concerne les communautés minoritaires francophones, plus de 60 projets sont en cours. Ces projets ont été élaborés par des réseaux communautaires et sont adaptés aux contextes provincial, territorial et régional, dans le but de fournir une orientation concrète et précise. En ce qui a trait aux communautés minoritaires anglophones, plus de 20 projets de transition ont été mis en œuvre afin de créer des modèles novateurs qui permettront d'améliorer les soins de santé et les services sociaux de première ligne et de briser l'isolement des anglophones dans les établissements de soins de longue durée.

	Dépenses réelles 2002–2003	Dépenses réelles 2003–2004	Dépenses prévues 2004–2005	Autorisations totales 2004–2005	Dépenses réelles 2004–2005	Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles
Total des PPT				7,3	7,1	-7,1

Nota : Les résultats du programme ont été présentés dans le cadre des contributions pour le FASSP au titre de la politique en matière de soins de santé dans le RPP 2004-2005 (page 110). Les dépenses prévues de 2004-2005 sont reflétées sous la rubrique du FASSP.

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

1) NOM DE LA FONDATION : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS)		
2) Date de mise en œuvre : Carnet de route I le 31 mars 1999 Carnet de route II le 1er avril 2002 Carnet de route II+ le 31 mars 2002	3) Date de clôture : Carnet de route I le 31 mars 2003 Carnet de route II le 31 mars 2007 Carnet de route II+ le 31 mars 2007	4) Financement total : Carnet de route I 95 millions de dollars Carnet de route II 95 millions de dollars Carnet de route II+ 70 millions de dollars

5) But du financement

L'initiative du Carnet de route, qui englobe les trois subventions, apporte à l'Institut canadien d'information sur la santé une aide financière lui permettant d'assumer les fonctions suivantes :

- servir à l'échelle nationale de mécanisme de coordination pour l'élaboration et l'entretien d'un système global et intégré d'information sur la santé au Canada;
- offrir et coordonner la diffusion d'information précise et à jour devant permettre l'élaboration d'une politique saine dans le domaine de la santé, la gestion efficace du système canadien de santé et la sensibilisation accrue du public aux facteurs favorisant une bonne santé.

6) Objectifs et résultats prévus

L'ICIS joue un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit de respecter, en matière de reddition des comptes, les engagements pris au cours de diverses rencontres des premiers ministres et dans le cadre des accords des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé.

Les champs d'action clés comprennent, entre autres, les suivants :

- consulter les intervenants afin de confirmer les besoins prioritaires en matière d'information sur la santé;
- élaborer des normes en matière d'information sur la santé afin d'assurer la collecte, l'échange et l'interprétation uniformes de l'information sur la santé;
- combler les lacunes en matière d'information sur les services de santé ainsi que sur les coûts et les résultats connexes;
- combler les lacunes en matière d'information sur la santé de la population et sur les facteurs qui influent sur notre santé;
- créer une Initiative sur la santé de la population canadienne afin de fournir de nouveaux renseignements et un aperçu sur la santé et le système de santé;
- produire et diffuser des rapports publics réguliers et faciles à comprendre et effectuer des études spéciales sur la santé des Canadiens et des Canadiennes et notre système de santé.

7) Résultats obtenus et progrès réalisés

À la réunion de février 2004, on présentait le Plan opérationnel et le budget 2004–2005 au Conseil d'administration et, par la suite, au ministre de la Santé pour approbation. Parmi les principaux projets menés à bien en 2004–2005, notons les suivants :

- publication du rapport intitulé Les soins de santé au Canada, 2004 et préparation de la version de 2005;
- élargissement de l'éventail des activités de collaboration et d'analyse;
- établissement et mise en œuvre de nouveaux indicateurs de santé pour répondre aux besoins prioritaires en matière d'information sur la santé;
- mise en œuvre d'un plan à long terme pour acquérir des compétences analytiques et renforcer les liens avec la communauté de la recherche;
- réalisation d'études spéciales sur la qualité des données;
- publication d'une série de rapports provinciaux sur la qualité des données visant à cerner les problèmes ayant trait à la qualité des données à l'échelon provincial;
- poursuite des activités de remaniement des méthodologies de regroupement, y compris la production des méthodologies de regroupement CIM-10-CA/CCI;

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

- production et diffusion de rapports d'analyse pertinents par rapport aux politiques;
- élargissement de la portée, de la pertinence et de l'utilité des produits actuels dans le secteur des ressources humaines en santé;
- poursuite de l'élaboration d'un système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux;
- poursuite de l'élaboration d'un système de déclaration portant sur les services de soins à domicile.

	8) Dépenses réelles 2002–2003 70 M$	9) Dépenses réelles 2003–2004 0 $	10) Dépenses prévues 2004–2005 0 $	11) Autorisations totales 2004–2005 0 $	12) Dépenses réelles 2004–2005 0 $	13) Écarts entre 10) et 12) 0 $
14) Subventions conditionnelles	70 M$	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $

15) Commentaires sur les écarts : S.O.

16) Résultats importants d'évaluation et URL de la dernière évaluation :
http://www.secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/finalreportOct9execsum_f.pdf

17) Site de la Fondation : http://www.icis.ca

18) URL du Rapport annuel de la Fondation : Le Ministre ne dépose pas les rapports annuels de l'ICIS.
Rapport annuel de 2003–2004
http://www.secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_1131_F&cw_topic=1131
Le Rapport annuel de 2004–2005 sera publié en septembre 2005.

1) NOM DE LA FONDATION : FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (FCRSS)

2) Date de mise en œuvre : 1996–1997

3) Date de clôture : S.O.

4) Financement total : 151,5 millions de dollars

5) But du financement : la FCRSS a reçu 66,5 millions de dollars de 1997 à 1999 (comme fonds de dotation) afin d'établir la fondation et un autre 35 millions de dollars afin d'appuyer sa participation aux Instituts de recherche en santé du Canada. En 1999 et en 2003, elle a obtenu des subventions de 25 millions de dollars chacune pour (i) élaborer des solutions aux défis que doivent relever le personnel infirmier (Fonds de recherche et d'évaluation des services pour le personnel infirmier ou Fonds RESPI); et (ii) améliorer les compétences des gestionnaires du système de santé au plan de l'utilisation de la recherche pour améliorer la prise de décisions fondée sur des données probantes (Formation des cadres pour l'application de la recherche). La FCRSS maximise son financement en établissant des partenariats avec d'autres organisations.

6) Objectifs, résultats prévus

Les objectifs de 2004 de la FCRSS étaient les suivants : (i) améliorer la qualité et la quantité de la recherche, tout en répondant aux besoins des décideurs du système de santé (ii) communiquer la recherche nécessaire aux gestionnaires et aux responsables de politiques du système de santé (iii) aider les gestionnaires et les responsables de politiques du système de santé à prendre connaissance de la recherche pertinente et à l'appliquer (iv) réunir les chercheurs et les décideurs pour qu'ils arrivent à comprendre leurs buts et leurs travaux respectifs, qu'ils s'influencent mutuellement dans leur travail et qu'ils forment des partenariats; et (v) gérer et aligner, stratégiquement et efficacement, le personnel, la technologie et les processus afin de réaliser la mission de la FCRSS.

Voici certains des résultats prévus : le financement de nouveaux travaux de recherche sur les thèmes prioritaires; la réévaluation de l'initiative À l'écoute; le lancement du Programme de formation des cadres pour l'application de la recherche; l'amélioration de la compréhension du thème des soins infirmiers; la création d'un réseau pour accroître l'échange des connaissances et l'amélioration de la diffusion de la recherche.

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

Les programmes de la FCRSS ont comme conséquences ou effets d'améliorer le fondement scientifique de la prise de décisions dans le secteur des services de santé. La FCRSS se concentre sur l'établissement de liens entre les chercheurs de la recherche appliquée sur les services de santé et les décideurs afin de faciliter l'application de la recherche fondée sur des données probantes. Pour ce faire, elle doit rendre l'information accessible, fournir les outils et la formation pour en assurer l'utilisation efficace, et créer la capacité requise pour traiter des besoins du système de santé.

7) Résultats obtenus et progrès réalisés (dans le contexte des résultats obtenus par le Ministère)

Parmi les objectifs globaux clés de 2004, il convient de mentionner ceux qui suivent : la direction d'une évaluation des priorités en matière de services de santé (*À l'écoute II*); l'établissement d'un nouveau programme de subventions afin de maximiser le retentissement des services de santé et de la recherche sur les soins infirmiers sur la prise de décisions (Recherche, échange et impact pour le système de santé), et le lancement fructueux du programme de formation des cadres pour l'application de la recherche. Voici les résultats enregistrés pour le Fonds RESPI et le programme de formation.

Fonds RESPI : une analyse de l'environnement externe a été effectuée afin de bien saisir l'état des connaissances dans le thème des soins infirmiers; les mises au point qui en sont résultées ont permis d'orienter le nouveau concours Recherche, échange et impact pour le système de santé. Les travaux liés au réseau visant un échange accru de connaissances se sont poursuivis : les besoins et les priorités de la communauté des soins infirmiers ont été cernés, et des travaux complémentaires ont été financés en vue de l'établissement d'un réseau en santé communautaire. Les activités de diffusion de la recherche ont permis d'augmenter l'échange des connaissances, y compris la traduction d'une monographie sur les soins infirmiers portant sur les ressources humaines en soins infirmiers à l'intention des décideurs.

Programme des cadres pour l'application de la recherche : la première cohorte de 24 boursiers a été choisie. Les boursiers ont terminé deux des six modules du programme, y compris des visites auprès de 24 organisations de soins de santé. Quatre centres régionaux de mentorat ont été établis, les boursiers ont été confiés à des mentors, et un protocole d'entente a été conclu avec le Collège canadien des directeurs des services de santé afin de rechercher des mentors chaque année. Un outil de communication sur Internet a été élaboré afin d'appuyer la communication et la collaboration. Les travaux du volet évaluation se sont poursuivis : une équipe d'évaluation a été mise sur pied; un cadre a été conçu; et des entrevues ont été menées auprès des organisations commanditaires, ainsi qu'un sondage de base auprès des boursiers de 2004. Des travaux ont été entrepris afin de cerner des options pour faire avancer davantage le dossier de la reconnaissance professionnelle pour le programme.

Le travail de la FCRSS contribue au but de Santé Canada de renforcer la base de connaissances en vue de traiter des priorités en santé et en soins de santé. De façon plus précise, les programmes de la FCRSS favorisent le perfectionnement des ressources humaines en santé; ils fournissent aux gestionnaires du système de santé les outils dont ils ont besoin pour améliorer les soins primaires et de longue durée, et ils appuient la recherche en soins infirmiers, du point de vue du système de santé.

	8) Dépenses réelles 2002 (Du 1er janv. au 31 déc.)	9) Dépenses réelles 2003 (Du 1er janv. au 31 déc.)	10) Dépenses prévues 2004 (Du 1er janv. au 31 déc.)	11) Autorisations totales 2004 (Du 1er janv. au 31 déc.)	12) Dépenses réelles 2004 (Du 1er janv. au 31 déc.)	13) Écart entre 10) et 12)
14) Financement de base, (Fonds RESPI) et formation des cadres pour l'application de la recherche	9 494 368 $ — —	7 845 209 $ 3 653 976 $ 1 377 576 $	9 985 633 $ 3 401 014 $ 2 442 010 $	9 985 633 $ 3 401 014 $ 2 442 010 $	8 193 855 $ 3 160 734 $ 2 411 460 $	1 791 778 $ 240 280 $ 30 550 $

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

15) Commentaires sur les écarts : S.O.

Les commentaires concernant le financement de base et le Fonds RESPI seront combinés puisque les programmes qui relèvent d'eux sont étroitement liés. Les commentaires sur le fonds du programme de formation seront traités séparément.

Le financement de base et le Fonds RESPI ont enregistré une sous-utilisation d'un peu plus de 2 millions de dollars.

Subventions et bourses de recherche

Le poste Subventions et bourses de recherche est composé exclusivement de subventions et de bourses que la Fondation accorde pour effectuer de la recherche (c.-à-d. le Concours de subventions ouverts et Partenariats pour la recherche sur les soins infirmiers) et pour « augmenter les capacités » (c.-à-d., Bourses de recherche postdoctorales, Bourses de réorientation, Chaires, et Centres régionaux de formation) dans le secteur de recherche appliquée sur les services de santé. Ce poste a enregistré une sous-utilisation de quelque 879 000 $. Cette sous-utilisation tient au fait que les titulaires de subventions et les boursiers n'ont pas fourni suffisamment de renseignements pour que les paiements soient effectués. Ces facteurs, qui sont indépendants de la volonté de la FCRSS, sont venus s'ajouter au fait qu'un cycle normal de subventions et de bourses va au-delà d'un cycle de budget fiscal, ce qui entraîne le non-engagement de ces fonds en 2004.

Conformément aux recommandations des vérificateurs de la FCRSS, le paiement versé par la FCRSS aux IRSC pour leur contribution au Concours de subventions ouverts (pour les dossiers transférés aux IRSC) a été supprimé du Bilan des opérations de la FCRSS et inscrit à titre de réduction de contributions reportées. Cette approche représente un traitement comptable approprié de cette transaction étant donné que les risques et la responsabilité ont été transférés aux IRSC. Le budget n'a pas été ajusté à la baisse au moment du transfert, ce qui explique une sous-utilisation de quelque 360 000 $. Les dossiers restants du Concours de subventions ouverts retenus par la FCRSS ont enregistré une sous-utilisation de 191 665 $. Le transfert des dossiers aux IRSC explique en partie cette sous-utilisation. Si les dossiers étaient demeurés à la Fondation, des paiements couvrant la période de juillet à décembre auraient été effectués. Étant donné le transfert, le versement initial au titre des nouvelles subventions a été reporté jusqu'en novembre, entraînant ainsi une sous-utilisation pour la période de quatre mois allant de juillet à octobre. De plus, certains paiements ont été retardés étant donné que la FCRSS n'a pas reçu les rapports financiers et provisoires requis des chercheurs en temps utile pour déclencher les paiements ultérieurs.

Le poste Recherche commandée affichait une sous-utilisation de 112 837 $ pour les deux principales raisons suivantes :

- les retards enregistrés avec le projet des Méthodes de synthèse (les auteurs ont pris énormément de temps à soumettre leurs documents), ce qui a retardé les dépenses en les reportant en 2005;
- les ressources internes limitées disponibles pour diriger d'autres projets de recherche commandée étant donné le remaniement des programmes de recherche entrepris quand le nouveau directeur des Programmes de recherche s'est joint à la FCRSS, ainsi que les congés de maternité.

Le budget des Bourses de réorientation était sous-utilisé de quelque 115 000 $. Cette sous-utilisation tient au fait que la FCRSS n'a consenti que trois des quatre bourses disponibles en 2004 et que les dates de début pour les trois bourses étaient les mois de juin, de septembre et de novembre. En raison de ces dates de début plus tardives, des sommes moins importantes ont été engagées en 2004. L'excédent sera reporté à 2005 afin de couvrir les engagements futurs.

Un peu comme les problèmes qu'ont connus les Bourses de réorientation, les Bourses postdoctorales ont aussi enregistré une sous-utilisation. S'il est vrai que la Fondation a accordé l'ensemble des huit bourses du concours de 2004, de nombreux boursiers n'ont pas été en mesure de commencer aussi tôt que prévu (c.-à-d. qu'ils doivent respecter toutes les exigences relatives au doctorat avant de commencer et avaient jusqu'au 28 février 2005 pour le faire—dans le milieu universitaire, le report de la date de défense d'une thèse est chose commune). En outre, nous avions aussi quelques titulaires de concours antérieurs qui avaient terminé leurs bourses tôt, ce qui a également contribué à une sous-utilisation.

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

Liens et échanges
Les dépenses au titre des Liens et échanges sont toutes des coûts ayant trait aux activités de Transfert et échange de connaissances entreprises par la Fondation. Le budget de ce secteur d'activités a été sous-utilisé de quelque 488 000 $ en raison de difficultés survenues relativement à la dotation d'un poste clé dans ce secteur plus tôt cette année.

Cette sous-utilisation tient au fait qu'une variété de projets n'ont pas été réalisés en 2004 en raison d'autres engagements. Le budget de diffusion de la recherche a enregistré une sous-utilisation d'environ 76 000 $. On avait prévu de publier quatre feuillets d'information pour la somme de 20 000 $, mais on n'en a publié qu'un. La synthèse des soins de santé primaires et le financement d'une équipe de recherche pour assurer la diffusion (activités dotées de budgets de 30 000 $ et de 18 000 $ respectivement) n'ont pas été réalisés.

Le poste Réseaux de connaissances et formation de courtiers de connaissances affichait une sous-utilisation de 255 000 $. Cette sous-utilisation est surtout attribuable à l'activité associée aux projets pilotes portant sur les courtiers du savoir. Elle tient à une question de temps, c.-à-d. que les fonds ont été prévus au budget en 2004, mais que les dépenses ne seront reconnues qu'en 2005. Les projets devaient commencer plus tôt en 2004, mais les six sites pilotes n'ont entrepris leurs travaux qu'en décembre 2004. Il s'agit des projets pilotes portant sur les courtiers du savoir qui ont été reclassifiés dans la catégorie des dépenses payées d'avance au cours de la vérification. Dans la section des réseaux, quelque 50 000 $ n'ont pas été dépensés en raison de problèmes de dotation associés aux congés de maternité.

Soutien et élaboration de programmes
Le poste Soutien et élaboration de programmes comprend tous les coûts prévus pour appuyer le mandat de recherche de base et de transfert et d'échange de connaissances de la Fondation. Ce secteur d'activités a
egistré une sous-utilisation de 428 000 $. Vous trouverez ci-dessous quelques-unes des explications de cette sous-utilisation.

Agents régionaux et scientifiques—La FCRSS est en période de transition en ce qui concerne la façon dont elle utilise les agents régionaux. Par conséquent, les postes d'agents régionaux vacants (dans les régions du Québec et de l'Atlantique) n'ont pas été pourvus en dépit des intentions originales. De plus, la disponibilité des agents dont les services ont été retenus en vertu d'un contrat a peut-être souffert de l'importante participation des agents au programme de formation des cadres pour l'application de la recherche. Ces agents n'ont pas été utilisés dans la mesure prescrite dans le budget (c.-à-d. que le budget prévoyait trois jours par mois mais que les agents ont facturé une somme inférieure à la Fondation).

La FCRSS a réussi à simplifier son Examen du mérite en le réalisant en un jour plutôt qu'en deux jours comme le prévoyait le budget. Pour ce qui est des Bourses de réorientation et des Bourses postdoctorales, le Comité d'examen du mérite a été regroupé en un seul comité au lieu de deux comités distincts, réduisant ainsi les coûts globaux associés à cette activité.

Les économies réalisées ainsi que les économies de temps associées à un examen du mérite simplifié ont permis au personnel de terminer des travaux qui autrement auraient été confiés à des experts-conseils, réduisant ainsi les dépenses prévues dans le budget.

Administration
Le budget administratif a enregistré une sous-utilisation de l'ordre de 252 134 $, en partie en raison de postes vacants (100 000 $). En 2004, un certain nombre d'initiatives de réduction des coûts ont permis de réduire les coûts administratifs globaux.

PROGRAMME DE FORMATION DES CADRES POUR L'APPLICATION DE LA RECHERCHE
Dans l'ensemble, le Programme de formation des cadres pour l'application de la recherche a enregistré une sous-utilisation des dépenses de l'ordre de 30 550 $. Les dépenses du Programme sont composées de tous les coûts liés à son exploitation. Il a été quelque peu difficile d'établir un budget pour un nouveau programme sans exemples sur lesquels s'inspirer.

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

16) Résultats importants d'évaluation et URL de la dernière évaluation

La Fondation a terminé un certain nombre d'évaluations sommatives et qualitatives de ses programmes respectifs. La FCRSS a demandé que soit préparé un Rapport du Comité d'examen international en 2001 et elle compte effectuer une autre évaluation globale en 2007. Parmi les constatations importantes, il convient de mentionner les suivantes : la FCRSS a enregistré des gains importants en peu de temps; elle devrait se concentrer sur le transfert des connaissances; elle devrait aussi accorder une importance à la mesure de son retentissement et à l'élargissement de ses efforts de communications, de ses partenariats et de son travail dans les milieux de soins infirmiers. Les auteurs du Rapport en sont également arrivés à la conclusion que la FCRSS se compare très bien à des organisations internationales semblables qui ont des budgets plus importants et qui existent depuis beaucoup plus longtemps.

http://www.chsrf.ca/other_documents/irpr/index_f.php

17) Site de la Fondation : www.fcrss.ca

18) URL du Rapport annuel de la Fondation : http://www.chsrf.ca/other_documents/annual_reports/2004/

1) NOM DE LA FONDATION : INFOROUTE SANTÉ DU CANADA INC. (*INFOROUTE*)

2) Date de mise en œuvre :	3) Date de clôture : S.O.	4) Financement total :
9 mars 2001		1,2 milliard de dollars

5) But du financement

Inforoute Santé du Canada inc. (*Inforoute*) est une société indépendante sans but lucratif qui a pour mandat de favoriser et d'accélérer l'élaboration et l'adoption de systèmes électroniques d'information sur la santé à l'échelle du pays comprenant des normes et des technologies compatibles en matière de communication. *Inforoute* est aussi un mécanisme de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui participent à titre de partenaires égaux dans le but commun de moderniser les systèmes d'information sur la santé du Canada. Cette approche de collaboration réduira les coûts globaux de diverses façons : elle préviendra le chevauchement; elle permettra des économies d'échelle; elle élaborera un premier système et le reproduira pour le mettre en œuvre dans les autres administrations; elle augmentera l'interopérabilité des systèmes (en rattachant tous les systèmes ensemble); et elle maintiendra une approche cohérente et soutenue qui repose sur l'Architecture de la solution de dossiers de santé électroniques (SDSE).

Inforoute a reçu du financement à trois occasions : 500 millions de dollars en 2001 à l'appui du Plan d'action des premiers ministres pour le renouvellement des soins de santé de septembre 2000 en vue de collaborer à renforcer une infostructure pancanadienne de la santé qui contribuera à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé et leur prestation en temps opportun pour les Canadiens; la priorité clé pour cet investissement étant celle du dossier électronique de santé (DES); 600 millions de dollars dans le cadre de l'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé afin d'accélérer la mise en place du dossier électronique de santé et 100 millions de dollars dans le cadre du Budget 2004 en vue d'appuyer le développement d'un système pancanadien de surveillance de la santé, avec comme cible particulière, le suivi des maladies infectieuses.

6) Objectifs, résultats prévus

Inforoute travaille en collaboration avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin de mettre en place d'ici la fin de 2009 chez 50 % de la population du Canada les éléments de base d'un dossier électronique de santé interopérable. Pour ce faire, *Inforoute* investit avec les provinces et les territoires dans l'établissement et la mise en œuvre de neuf programmes, à savoir l'infostructure, les registres, l'imagerie diagnostique, les systèmes d'information sur les médicaments, les systèmes d'information sur les laboratoires, la télésanté, la surveillance de la santé, le DES interopérable, et l'innovation et l'adoption. Les investissements dans le DES auront un retentissement sur le système de soins de santé et sa durabilité en améliorant la qualité, la productivité et la rapidité de la prestation des soins de santé. De plus, les investissements permettront d'améliorer l'accessibilité aux services de soins de santé et la sécurité des patients.

Tableau financier 12 : Subventions conditionnelles (fondations)

(suite)

7) Résultats obtenus et progrès réalisés

En 2004–2005, *Inforoute* s'est engagée à investir 195 millions de dollars dans des projets, soit 56 % de plus que dans les trois dernières années combinées, pour un total de 321 millions de dollars depuis sa création. *Inforoute* a lancé 52 nouveaux projets en 2004–2005, ce qui lui a pratiquement permis de doubler le nombre de projets, pour atteindre un total cumulatif de 105 projets. Dix-neuf des nouveaux projets reposaient sur la réutilisation et l'adaptation des résultats de projets réussis dans d'autres régions du pays, en matière d'imagerie diagnostique, d'information sur les médicaments, de registre de clients et de registre de dispensateurs. *Inforoute* a approuvé des stratégies d'investissement pour l'ensemble de ses neuf programmes. Il y a maintenant 62 projets gouvernementaux élaborés conjointement avec les provinces et les territoires, à savoir 20 projets de registres, 17 projets d'imagerie diagnostique, 6 projets de systèmes d'information sur les médicaments, 6 projets de systèmes d'information sur les laboratoires, 8 projets de télésanté et 5 projets de DES interopérables. En outre, 44 projets pancanadiens sont en voie de réalisation.

De plus, afin d'aider les provinces et les territoires à fournir leur part du financement pour les projets de DES, *Inforoute* a récemment décidé d'accroître son financement afin de couvrir en moyenne 75 % des coûts plutôt que 50 %.

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Autorisations totales 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écart entre 10) et 12)
14) Subventions conditionnelles	18,3 M$	59,8 M$	S.O.	S.O.	73,7 M$	

15) Commentaires sur les écarts : S.O.

16) Résultats importants d'évaluation et URL de la dernière évaluation

Une évaluation visant à mesurer le rendement global de Inforoute en ce qui concerne l'atteinte des résultats cernés dans l'Accord de financement doit être présentée le 31 mars 2006.

17) Site de la fondation : http://www.infoway-inforoute.ca

18) URL du Rapport annuel de la Fondation http://www.infoway-inforoute.ca/resourcecentre/index.php?lang=fr

Tableau financier 13 : Réponse aux comités parlementaires, aux vérifications et aux évaluations

RÉPONSE AUX COMITÉS PARLEMENTAIRES

Au cours de l'exercice 2004–2005, Santé Canada n'a déposé aucune réponse à des rapports des comités parlementaires.

RÉPONSE AUX RAPPORTS DU BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

En novembre 2004, le *Chapitre 4 — La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques* du Rapport de la vérificatrice générale a été déposé. Les constatations du rapport traitent de trois grands thèmes, à savoir la coordination parmi les ministères fédéraux, la gestion efficiente des fonds publics et la sécurité des patients. Le Ministère a établi plusieurs objectifs afin d'aborder les recommandations de la vérification. De façon plus précise, Santé Canada s'est engagé à améliorer la collaboration dans l'ensemble des programmes de médicaments, à améliorer l'efficience des vérifications des pharmaciens, et à renforcer la capacité du Ministère de prévenir les pharmaciens de l'usage potentiel de médicaments à mauvais escient.

En février 2005, le *Chapitre 4 — La reddition de comptes des fondations* du Rapport de la vérificatrice générale a été déposé. On y préconisait des améliorations dans la surveillance, de même que dans les vérifications et les évaluations du rendement, une plus grande uniformité dans le régime de gouvernance des fondations, et une plus grande clarté dans l'application de la Politique sur les paiements de transfert et la Politique sur les différents modes de prestation des services.

Santé Canada continuera de travailler de concert avec les organismes centraux et les fondations afin de se conformer à toutes les dispositions applicables à la surveillance des fondations, comme le recommandait le Rapport de la vérificatrice générale.

VÉRIFICATIONS OU ÉVALUATIONS EXTERNES

Vérifications effectuées par le Bureau du vérificateur général
La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques
La reddition des comptes des fondations

Rapports du Commissaire à l'environnement et au développement durable (RCDD)
Chapitre 4 : L'évaluation de l'impact environnemental des politiques, des plans et des programmes
Chapitre 6 : Processus de pétition en matière d'environnement

Vérification effectuée par la Commission de la fonction publique (CFP)
Vérification spéciale : Programme fédéral d'expérience de travail étudiant (PFETÉ)

Surveillance par la Commission de la fonction publique (CFP)
Questionnaire sur l'application du Décret d'exemption sur les langues officielles de la Fonction publique

Vérification effectuée par la Commission canadienne des droits de la personne
Les douze exigences législatives de la Loi sur l'équité en matière d'emploi

Vérifications effectuées par le Commissariat aux langues officielles
Vérification des services actifs au public — Partie IV
http://www.ocol-clo.gc.ca/archives/ar_ra/2004_05/health_sante_f.htm
Bulletin de rendement concernant les langues officielles de Santé Canada
http://www.ocol-clo.gc.ca/archives/ar_ra/2004_05/performancescorecard_bulletinrendement_f.htm

Tableau financier 13 : Réponse aux comités parlementaires, aux vérifications et aux évaluations (suite)

VÉRIFICATIONS OU ÉVALUATIONS INTERNES
Vérifications internes effectuées par Santé Canada en 2004–2005 et affichées sur le site Web du Ministère : Vérification de la gestion des biens meubles http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/mov-mob_f.html Vérification des programmes de subventions et de contributions de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/hecs-dgsesc_f.html Vérification du cadre de contrôle de gestion concernant les conflits d'intérêt http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/frame-cadre_f.html Vérification du développement durable http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/sus-dur_f.html Vérification dirigée des dépenses encourues par la Société en français Inc. (SSF) selon les Accords de contribution (AC) nos 6799-15-2002-0370032 et 6799-15-2002/0370033 http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/audit-verif/2004-list/ssf_f.html Vérification de Santé publique et Protection civile Canada
Évaluations internes effectuées par Santé Canada en 2004–2005 : Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves Stratégie sur le VIH/sida chez les Premières nations et les Inuits Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie Contribution au Conseil canadien pour le don et la transplantation Stratégie de guérison des Innus du Labrador Initiative fédérale de lutte contre le tabagisme
REMARQUES
Pour des raisons de transparence, Santé Canada intègre les renseignements qui suivent dans le Rapport de la vérificatrice générale. En mars 2004, le rapport de la vérificatrice générale intitulé *La réglementation des matériels médicaux* a été déposé. Les recommandations issues du rapport portaient sur l'évaluation des risques dans le cadre des essais expérimentaux sur les matériels médicaux; l'accès rapide à des matériels médicaux sûrs et efficaces; la gestion des risques et des avantages liés aux matériels médicaux après leur mise en marché; la réglementation du retraitement des matériels à usage unique; le programme de recouvrement des coûts; les ressources humaines et financières adéquates pour la prestation du programme relatifs aux matériels médicaux; la reddition de comptes sur les progrès réalisés et les défis relevés dans le cadre du programme; de même que l'évaluation et la mesure des résultats du programme et la présentation de rapports connexes. Par conséquent, un certain nombre d'interventions ont été entamées ou sont en cours. Celles-ci comprennent l'analyse des problèmes et des écarts; des examens et des études comparatives; la description des processus; la mise en œuvre d'un programme d'inspection; l'élaboration de signaux de sécurité; la présentation de rapports annuels sur les réactions indésirables; la dotation; la mise en œuvre d'un modèle d'établissement des coûts; l'élaboration d'un modèle logique et d'une stratégie de mesure du rendement en ce qui concerne le programme relatif aux matériels médicaux; ainsi que l'élaboration d'un cadre de gestion et de responsabilisation fondé sur les résultats en ce qui a trait à la surveillance des matériels médicaux après la mise en marché. Les autres points nécessitant un suivi portent sur les activités à long terme et supposent la participation des intervenants provinciaux et territoriaux ainsi que des consultations entre eux, la finalisation du protocole d'entente avec les partenaires à l'échelon international et la mise en œuvre des recommandations. http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20040302cf.html

Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable*

La Stratégie de développement durable (SDD) 2004–2007 de Santé Canada a été élaborée à l'aide de trois secteurs thématiques et de six objectifs connexes pour guider l'intervention et la mise en œuvre de la façon décrite ci-après.

Favoriser la création d'environnements sociaux et physiques sains.

Objectif 1.1

Santé Canada s'engage à renforcer les partenariats dans les domaines de la santé, de l'environnement et du développement durable afin de contribuer à l'émergence d'environnements plus sains ainsi que d'aliments et de produits plus sûrs pour les Canadiens et les Canadiennes.

Objectif 1.2

Santé Canada s'engage à assurer la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé pour les Premières nations et les Inuits.

Objectif 1.3

Santé Canada s'engage à renforcer les partenariats avec d'autres ministères fédéraux et les organismes non gouvernementaux en vue de contribuer aux efforts déployés pour améliorer la santé de la population.

Intégrer le développement durable aux processus de décision et de gestion du Ministère.

Objectif 2.1

Santé Canada s'engage à intégrer le développement durable à ses processus de décision et de gestion afin de contribuer à la prestation efficace de ses programmes.

Réduire au minimum les effets des opérations matérielles et des activités du Ministère sur l'environnement et la santé.

Objectif 3.1

Santé Canada contribuera à rendre les environnements plus sains et les produits plus sûrs pour les Canadiens en améliorant ses activités et en gérant de manière durable les terrains et les installations qu'il possède.

Objectif 3.2

Santé Canada contribuera à rendre les environnements plus sains et les produits plus sûrs pour les Canadiens en adoptant une approche de prévention de la pollution.

La troisième SDD de Santé Canada visant la période de 2004 à 2007 repose sur les résultats stratégiques décrits dans le Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005, ainsi que sur les rapports, les priorités et les initiatives clés du gouvernement fédéral portant sur le développement durable.

L'alignement des engagements de la SDD avec la planification ministérielle aide les employés à comprendre les rapports existant entre le développement durable et les secteurs d'intervention clés autorisés pour le Ministère. La clarification de ces rapports permet de mieux décrire comment le développement durable est intégré au Ministère et est déterminant dans le développement de la compréhension requise pour assurer l'évolution de la modification des comportements.

Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable* (suite)

En respectant les engagements visés par la Stratégie, Santé Canada accomplira des progrès quant à l'intégration du développement durable à la prestation des programmes, l'élaboration des politiques, la prise de décisions ainsi que la façon dont le Ministère gère ses activités.

SOMMAIRE DES CIBLES CLÉS*	
Cible	**Renseignements sur les progrès**
1.1.1 En partenariat avec les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé et de l'Environnement, Santé Canada mettra au point une approche intégrée, de la source au robinet, pour la qualité de l'eau potable au Canada.	Des recommandations pour la qualité de l'eau potable et leurs documents à l'appui sont en train d'être élaborées, de manière continue, pour les contaminants chimiques et microbiologiques. Trois recommandations (trihalométhanes, bromodichlorométhane et arsenic) ont été approuvées par le Comité FPT sur l'eau potable à des fins de consultation en janvier 2005, et la quatrième recommandation (chlorite, chlorate) a été approuvée en avril 2005.
1.1.2 Santé Canada travaillera avec d'autres ministères fédéraux à dresser un cadre de conformité pour la qualité de l'eau potable dans les secteurs de compétence fédérale.	Santé Canada dirige un Groupe de travail interministériel sur la qualité de l'eau potable dans le cadre de la préparation du document intitulé « Conseils pour un approvisionnement en eau potable dans les secteurs de compétence fédérale » (document cadre pour la qualité de l'eau potable dans les secteurs de compétence fédérale). Ce document de 85 pages a fait l'objet de consultations, a été révisé et traduit, et ensuite approuvé par les membres du Groupe de travail. On s'attend à ce que le document soit affiché sur le site Web de Santé Canada en 2005–2006.
1.1.3 Santé Canada, en collaboration avec d'autres ministères fédéraux, réduira la pollution atmosphérique transfrontalière en lançant des projets pilotes qui multiplieront les possibilités de gestion concertée de la qualité de l'air entre les États-Unis et le Canada.	Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) font présentement l'objet d'une analyse afin de déterminer l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique. Un niveau d'exposition à long terme est attribué à chacun des participants en fonction de ses antécédents résidentiels. La prochaine étape consistera en l'analyse des associations existant entre l'exposition à long terme à la pollution atmosphérique et les effets nocifs sur la santé. Les travaux sur l'indice de la qualité de l'air (IQA) se déroulent selon le calendrier établi. Sous réserve de l'acceptation provinciale, cet IQA reformulé fera l'objet d'un projet pilote au cours de l'été 2005–2006 en vue de sa mise en œuvre en 2007–2008.
1.1.4 Santé Canada collaborera avec d'autres partenaires et d'autres ministères fédéraux afin d'évaluer les conséquences des changements climatiques sur la santé et le bien-être de l'être humain et il étudiera et mettra au point des méthodes de planification et de mise en œuvre de l'adaptation dans le cadre du Plan du Canada sur les changements climatiques.	Les travaux ont été entrepris et un certain nombre de contrats ont été conclus avec le personnel ministériel et les universitaires. Des renseignements supplémentaires seront fournis au fur et à mesure que le dossier évoluera.

Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable* (suite)

Cible	Renseignements sur les progrès
1.1.5 Santé Canada travaillera en collaboration avec des intervenants afin de formuler ou d'actualiser les lignes directrices et les normes à fondement scientifique pour améliorer la sécurité de l'approvisionnement alimentaire et réduire les maladies d'origine alimentaire.	Santé Canada met la dernière main à la préparation d'instructions relatives à la rédaction de modifications aux règlements proposées afin de renforcer les exigences en matière d'étiquetage pour les allergènes alimentaires, les sources de gluten et les sulfites ajoutés aux produits alimentaires.
1.1.6 Santé Canada aidera à prévenir l'exploitation des espèces florales et fauniques utilisées à des fins médicinales.	Les normes de la Convention sur le commerce international des espèces sauvages de faune et de flore menacées d'extinction (CITES) ont été incluses aux documents de référence et aux outils d'évaluation prévus pour les produits de santé naturels. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/legislation/docs/index_f.html
1.1.7 Santé Canada améliorera la démarche qu'il suit pour prendre des décisions réglementaires sur les produits antiparasitaires. Il donnera notamment accès à des produits plus sûrs et fournira de l'information sur les produits antiparasitaires et sur les pratiques durables de lutte antiparasitaire.	En octobre 2004, le projet de règlement sur la déclaration des effets nocifs (DEN) prévu pour les produits antiparasitaires a été publié dans la *Gazette du Canada*, partie I, et un projet de formulaire de déclaration des DEN a été affiché sur le site Web de Santé Canada afin d'obtenir des commentaires.
1.2.1 Santé Canada travaillera en collaboration avec les Premières nations et les Inuits de même qu'avec les provinces et les territoires à mieux intégrer les services de santé pour assurer aux Premières nations et aux Inuits un système de services de santé durable et homogène.	La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a mis en œuvre des initiatives d'intégration des services de santé par le truchement de projets pilotes afin de cerner, de mettre à l'essai et d'évaluer des possibilités d'incorporer les services des programmes et de les relier entre les organisations de santé fédérales, provinciales, territoriales et locales. En outre, Santé Canada a annoncé, en septembre 2004, un Fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones afin de permettre aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et aux communautés de concevoir de nouvelles façons d'intégrer et d'adapter les services de santé existants de manière à mieux répondre aux besoins de tous les Autochtones.
2.1.2 Santé Canada améliorera l'intégration des facteurs de développement durable à l'intérieur de son organisation en intégrant efficacement, s'il y a lieu, le développement durable à ses politiques, à ses mesures législatives et à ses contrats clés de même qu'en établissant un processus officiel pour évaluer cette intégration d'ici le 31 mars 2007.	Dans le cadre du processus du renouveau législatif, les considérations liées au développement durable ont été incorporées dans le processus de rédaction de la *Loi canadienne sur la protection de la santé*.

Tableau financier 14 : Les engagements ayant trait à la Stratégie de développement durable* (suite)

Cible	Renseignements sur les progrès
3.1.1 D'ici à mars 2005, Santé Canada s'est engagé à réaliser une étude d'impact exhaustive et préparera un guide ainsi qu'un plan d'action pour tous ses administrateurs d'installations afin de dégager, de prioriser et de proposer les mesures visant à atténuer cet impact et à y remédier qu'il faudra prendre pour régler les dossiers qui le touchent relativement à l'exploitation et à la gestion durables de ses installations (laboratoires, hôpitaux, centres de soins de santé et locaux loués).	Santé Canada a préparé un projet de guide à des fins d'utilisation par tous les administrateurs d'installations ministériels. Le guide fait présentement l'objet d'une relecture et d'une révision avant d'être distribué et mis en œuvre dans le Ministère.
3.2.1 D'ici à mars 2005, Santé Canada s'est engagé à réaliser une étude d'impact sur l'environnement et préparera un guide et un plan d'action à l'intention du personnel travaillant à ses programmes. L'objectif sera de cerner, de prioriser et de proposer les dossiers ministériels à retenir en vue de l'adoption d'une approche de prévention de la pollution dans le contexte de l'administration des programmes.	Santé Canada a préparé un projet de guide à des fins d'utilisation par tous les employés ministériels. Le guide fait présentement l'objet d'une relecture et d'une révision avant d'être distribué et mis en œuvre dans le Ministère.

* *Ce tableau résume les progrès réalisés à l'égard des principaux engagements en 2004–2005. Pour obtenir de plus amples renseignements à cet égard, veuillez consulter le premier rapport annuel sur les réalisations accomplies dans le cadre de la Stratégie de développement durable de 2004–2007, qui se trouve sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_f.html*

La Stratégie de développement durable actuelle de Santé Canada, intitulée « Incarner le changement désiré » est un plan stratégique triennal qui précise aux Canadiens et aux Canadiennes et au Parlement les engagements généraux et particuliers que Santé Canada a pris à l'égard du développement durable. Tandis que la première stratégie du Ministère renfermait plus de 100 engagements, la Stratégie 2004–2007 est axée sur 20 engagements, met en évidence les façons dont les employés forment une partie intégrante du plan global et présente un certain nombre d'outils pratiques pour aider à incorporer le développement durable au travail et à la maison.

Depuis la première stratégie, Santé Canada a accompli des progrès relativement à la création d'une culture qui reconnaît l'importance du développement durable par le truchement de l'approbation, par la haute direction, de sa Politique de développement durable en décembre 2000. Cette mesure a permis l'intégration des cinq principes clés décrits dans la Politique (responsabilité partagée, approches intégrées, équité, responsabilité, amélioration constante) dans la troisième Stratégie de développement durable et, plus précisément encore, dans les secteurs suivants : la santé au travail; la modernisation des ressources humaines; les valeurs et l'éthique; la fonction de contrôleur moderne; l'évaluation des programmes et la mesure du rendement; et la gestion des risques.

C'est en misant sur nos expériences antérieures et en incorporant des pratiques exemplaires dans notre travail que nous réaliserons le développement durable à long terme.

Tableau financier 15 : Achats et marchés

1. Le rôle que jouent les achats et les marchés dans la prestation des programmes	Les achats jouent un rôle central dans la prestation des programmes du Ministère. Plus précisément, les services des achats permettent au Ministère d'obtenir des conseils scientifiques et analytiques hautement spécialisés à l'appui de l'exécution de ses politiques et de ses programmes.
2. Survol des processus et des stratégies de la gestion des marchés dans le Ministère	Les opérations du Ministère sont décentralisées; le personnel chargé des achats étant réparti entre l'administration centrale et les bureaux régionaux. L'autorité contractante des marchés est déléguée à tous les gestionnaires de centres de coûts dans l'ensemble du Ministère, la délégation des pouvoirs financiers reposant sur la responsabilité des gestionnaires. Cette situation témoigne du désir du Ministère de donner aux gestionnaires les pouvoirs nécessaires à la prestation de services et de programmes de qualité aux Canadiens et aux Canadiennes et de concilier la connaissance des programmes et la connaissance des politiques et des règlements administratifs clés liés aux achats. La Division de la gestion du matériel, en sa qualité d'autorité fonctionnelle en matière d'achats, offre aux gestionnaires de la formation, des conseils et des directives en matière de processus stratégiques concernant l'acquisition de biens et de services professionnels. Les comités de contrôle des contrats et des demandes (un par direction générale et par région) examinent et approuvent tous les marchés de services de plus de 10 000 $ et toutes les demandes de biens. De la formation obligatoire sur l'acquisition de biens et de services est offerte dans l'ensemble du Canada à tous les gestionnaires participant au processus d'acquisition.
3. Les progrès et nouvelles initiatives permettant l'adoption de pratiques d'achat efficaces et efficientes	Le Ministère a lancé un nouveau Cadre de gestion des marchés en 2003. Parmi les initiatives clés cette année, il convient de mentionner l'élaboration d'un outil de mesure du rendement pour les marchés, un modèle pour la planification des achats pour l'acquisition de biens et de services et un outil de gestion des risques afin d'atténuer les types de risques cernés concernant les marchés, y compris une matrice utilisée pour déterminer la source d'expertise. Les travaux d'élaboration d'un nouveau Système de demandes et de rapports relatifs aux marchés vont bon train et celui-ci sera utilisé par le Ministère pour assurer le suivi des achats de biens et de services et pour simplifier le processus d'approbation. Le Ministère a dressé des listes de sources pour les services de counseling, les services de communication et la formation technique. Des travaux sont en cours afin de préparer le Ministère en vue de la mise en œuvre de l'initiative du Marché en direct du gouvernement du Canada et de l'importance qu'accorde celui-ci à l'utilisation obligatoire des offres à commandes dans l'ensemble du gouvernement fédéral.

Tableau financier 15 : Achats et marchés (suite)

	Réalisations clés : Nous avons dépassé de façon soutenue nos cibles établies pour les achats auprès d'entreprises autochtones. Nous avons travaillé de concert avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien afin d'établir une entente d'approvisionnement visant expressément à traiter de la Stratégie canadienne d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones. Nous avons mis à jour la matrice prévue pour l'Instrument de délégation du pouvoir de signer des documents financiers pour le responsable des achats. Nous avons mis en œuvre un programme de formation destiné aux cadres supérieurs du Ministère et portant sur la planification et la responsabilité en matière d'acquisition. Nous avons établi un plan d'action pour la mise en œuvre de l'initiative du Marché en direct du gouvernement du Canada à Santé Canada.

Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services

L'Initiative d'amélioration des services (IAS) s'applique aux ministères qui offrent, dans une large mesure, des services directs aux Canadiens et aux Canadiennes, et son objectif est d'améliorer la satisfaction de la population canadienne relativement aux services qui lui sont fournis. Santé Canada est un de ces ministères et participe activement à la mise en œuvre de l'IAS.

1. Programmes et services visés par l'IAS

Le Ministère compte actuellement quatre services clés qui participent activement à l'IAS. Il s'agit des services suivants : le Centre d'exception des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI); les fiches d'information générale sur la santé *Votre santé et vous*; le Service de renseignements — ligne sans frais de l'ARLA; et la Ligne sans frais d'information générale de Santé Canada de la Région du Pacifique (nouveau cette année). Le Réseau canadien de la santé est passé à l'Agence de santé publique du Canada. La Ligne sans frais de renseignements généraux de Santé Canada, en Ontario, également une des initiatives originales, a été incorporée aux activités régulières et n'existe plus en tant que projet de l'IAS. Un élément de la stratégie de rétroaction consiste à effectuer des sondages périodiques sur la satisfaction des clients. L'analyse de ces sondages aide à comprendre les besoins et les attentes des clients et à cerner les secteurs où il y aurait lieu d'apporter des améliorations.

2. Établissement de niveaux de référence pour la satisfaction des clients et progrès accomplis en vue de l'atteinte des objectifs fixés en matière de satisfaction

Les niveaux de référence pour la satisfaction des clients ont été établis en 2002–2003. Au cours du présent exercice, un troisième sondage de suivi sur la satisfaction des clients a été effectué en utilisant l'Outil de mesures communes pour le Centre d'exception des médicaments de la DGSPNI. La cote de référence enregistrée pour le sondage de 2002 sur la satisfaction globale du client pour cette initiative était de 3,7 sur 5. La cote est passée à 3,28 dans le sondage de 2003, mais est revenu à 3,71 dans le sondage de 2005. Les résultats du sondage ont été soumis à la Base de données sur l'analyse comparative de l'Outil de mesures communes à l'Institut des services axés sur les citoyens.

Les responsables de la ligne sans frais de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) et de la série *Votre santé et vous* n'ont pas effectué un autre sondage sur la satisfaction des clients car les changements survenus au niveau des résultats sur la satisfaction globale des clients par rapport à l'année passée étaient négligeables.

Le sondage sur le niveau de satisfaction de référence pour la Ligne sans frais d'information générale de la Région du Pacifique est terminé. L'analyse des résultats est en cours. Les sondages de suivi ont été comparés aux résultats de référence originaux.

3. Normes de service pour tous les services publics clés — établissement de normes et rendement par rapport à ces normes

Les responsables de la série *Votre santé et vous* ont établi des normes de service qui seront publiées sur leur site Web. Les normes seront mises en œuvre immédiatement dans le cas des nouvelles fiches d'information de renseignements, et seront adoptées au fil du temps pour les fiches existantes.

Les normes de service de la DGSPNI et de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) font actuellement l'objet d'un examen et d'une révision et seront publiées dès que le travail sera terminé.

Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services (suite)

4. Principales réalisations en vue d'améliorer les services du point de vue des citoyens

Le Centre d'exception des médicaments de la DGSPNI a apporté des modifications dignes de mention depuis le dernier sondage. Il a augmenté ses effectifs de cinq employés, amélioré son accessibilité et rehaussé ses cotes relatives aux temps d'attente. Il a affecté un plus grand nombre d'employés au travail en soirée afin de tenir compte de l'horaire des pharmaciens de l'Ouest canadien.

Les responsables de la série *Votre santé et vous* ont consulté les clients afin d'obtenir leur rétroaction sur les préférences concernant le contenu des publications à venir.

Niveau de satisfaction globale des clients

En fonction de l'Échelle de satisfaction globale de 1 à 5 de l'Outil de mesures communes, où 1 = très insatisfait et 5 = très satisfait.

Initiative	Résultats de référence	Deuxième sondage	Troisième sondage
Votre santé et vous	4,0	4,18	—
ARLA — Service de renseignements — ligne sans frais Grand public Détenteurs d'homologation	 4,63 4,15	 4,63 4,19	
Réseau canadien de la santé	3,3	Non disponible	—
Centre national d'exception des médicaments des Services de santé non assurés	3,7	3,28*	3,71
Ligne sans frais d'information générale — région du Pacifique	4,58		

* *Un événement clé qui a influé sur les services était la panne d'électricité de l'été 2003 en Ontario qui a créé un arriéré important de demandes. Malheureusement, la panne est survenue au moment de l'année où les pharmaciens demandent le renouvellement de leur financement. Ces deux facteurs ont sans doute eu un grand effet sur l'efficience et l'accessibilité du service.*

Initiative d'amélioration des services — Rapport quinquennal

L'Initiative d'amélioration des services (IAS) s'applique aux ministères qui offrent, dans une large mesure, des services directs aux Canadiens et aux Canadiennes, et son objectif est d'améliorer la satisfaction de la population canadienne relativement aux services qui lui sont fournis. Santé Canada est un de ces ministères et participe activement à la mise en œuvre de l'IAS.

1. Programmes et services visés par l'IAS

Le Ministère a entrepris cette initiative en mai 2001 avec cinq services clés, notamment le Centre d'exception des médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), les fiches d'information générale sur la santé *Votre santé et vous*; le Service de renseignements — ligne sans frais de l'ARLA; la Ligne sans frais de renseignements généraux de Santé Canada, en Ontario; et le Réseau canadien de la santé. En décembre 2001, le Système de gestion des appels d'urgence disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept, a été ajouté en tant que sixième initiative; cette initiative a été transférée à l'Agence de santé publique du Canada et ne fait plus partie de l'IAS à Santé Canada.

En mars 2004, la Ligne sans frais de renseignements généraux de Santé Canada, en Ontario, a été incorporée aux activités régulières et n'existe donc plus en tant qu'initiative d'amélioration des services.

Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services (suite)

À l'automne 2004, la Ligne sans frais d'information générale de la région du Pacifique a été ajoutée à titre de nouvelle initiative.

En raison du remaniement du portefeuille fédéral de la santé, le Réseau canadien de la santé est passé à l'Agence de santé publique du Canada récemment créée.

2. Établissement de niveaux de référence pour la satisfaction des clients et progrès accomplis en vue de l'atteinte des objectifs fixés en matière de satisfaction

En raison du degré variable de l'état de capacité opérationnelle et des ressources disponibles de chacun des secteurs de programme visés par l'IAS, chacun des projets avance à son propre rythme, effectuant ses sondages respectifs de façon cyclique plutôt que sur une base annuelle.

3. Normes de service pour tous les services publics clés — établissement de normes et rendement par rapport à ces normes

Les respondables de la série *Votre santé et vous* ont établi des normes de service qui seront publiées sur leur site Web.

Les normes de service de la DGSPNI et de l'ARLA font actuellement l'objet d'un examen et d'une révision et elles seront publiées dès que le travail sera terminé.

http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/index_f.html

4. Principales réalisations en vue d'améliorer les services du point de vue des citoyens

Le Centre d'exception des médicaments de la DGSPNI a apporté des modifications dignes de mention depuis le dernier sondage. Il a augmenté ses effectifs de cinq employés, amélioré son accessibilité et rehaussé ses cotes relatives aux temps d'attente. Il a affecté un plus grand nombre d'employés au travail en soirée afin de tenir compte de l'horaire des pharmaciens de l'Ouest canadien.

Les responsables de la série *Votre santé et vous* ont consulté les clients afin d'obtenir leur rétroaction sur leurs préférences concernant le contenu des fiches d'information à venir.

Voici les progrès réalisés grâce à l'IAS selon chacune des initiatives :

- ***Les articles de la série* Votre santé et vous *sont des fiches d'information utilisées pour transmettre des renseignements généraux sur la santé aux Canadiens.***

Au début du printemps 2002, un sondage mené auprès des distributeurs et des utilisateurs clients a permis de dégager un niveau de satisfaction de référence de 4 sur 5.

À l'automne 2003, le deuxième sondage auprès des utilisateurs a été effectué. Des suggestions quant à l'amélioration ont encore été faites dans ce sondage, lequel affichait un niveau de satisfaction de 4,2 sur 5.

En 2004, des mesures ont été prises afin de mettre en œuvre les améliorations recommandées dans le sondage de 2003.

Au printemps 2005, les normes de service ont été achevées et approuvées et elles sont prêtes à être publiées.

Étant donné que la différence entre les résultats de la satisfaction globale des clients des sondages antérieurs était négligeable, les responsables de la série *Votre santé et vous* effectueront maintenant des sondages cycliques sur la satisfaction des clients. Le prochain sondage doit être effectué en 2006.

Tableau financier 16 : Initiative d'amélioration des services (suite)

- ***Le Réseau canadien de la santé (RCS) est un service d'information-santé bilingue et pancanadien accessible par Internet.***

En février 2002, le premier sondage sur la satisfaction des clients a permis de dégager un niveau de référence de la satisfaction globale de 3,3 sur 5.

En février 2004, le deuxième sondage en direct sur la satisfaction des clients a été effectué.

Plus tard en 2004, en raison du remaniement du portefeuille fédéral de la santé, le Réseau canadien de la santé est passé à l'Agence de santé publique du Canada et ne fait plus partie de l'IAS de Santé Canada.

http://publiservice.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_f.asp

- ***Les processus du Centre national d'exception des médicaments de la DGSPNI traite les demandes des personnes qui désirent se procurer des médicaments d'exception ou à usage restreint en vertu du Programme des services de santé non assurés.***

En juin 2002, l'initiative a enregistré une cote de satisfaction des clients de référence de 3,7 sur 5 à la suite d'un sondage aléatoire mené auprès de 1 000 pharmaciens.

À l'automne 2003, un deuxième sondage a été mené auprès des pharmaciens. La cote a chuté pour se situer à 3,28. Un événement clé qui a pu influer sur les services était la panne d'électricité de l'été 2003 en Ontario qui a créé un arriéré important de demandes.

Au début de 2005, un troisième sondage de suivi sur la satisfaction des clients a été effectué et la cote a remonté à 3,71.

- ***Le Service de renseignements sur la lutte antiparasitaire répond aux demandes courantes qui portent sur les risques que posent les produits antiparasitaires pour la santé humaine et l'environnement.***

En juin 2002, quelque 100 clients ont été interviewés au téléphone, ou par l'entremise de lettres personnelles et d'un télécopieur afin d'établir un niveau de référence de la satisfaction globale des clients. Le niveau de référence a été établi à 4,63 sur 5 chez le grand public et à 4,15 sur 5 chez les détenteurs d'homologation.

En 2003, un deuxième sondage a été effectué, et on a enregistré une cote de satisfaction globale des clients de 4,63 sur 5 chez le grand public et de 4,19 sur 5 chez les détenteurs d'homologation.

Étant donné que la différence entre les résultats de la satisfaction globale des clients des sondages antérieurs était négligeable, cette initiative effectuera maintenant des sondages cycliques sur la satisfaction des clients.

Les normes de service font actuellement l'objet d'un examen et d'une révision et seront publiées en 2005.

Le prochain sondage sera entrepris en 2006.

- ***La Ligne sans frais de renseignements généraux de Santé Canada a été créée à Toronto en octobre 2002 à titre de projet pilote de six mois.***

Le 1er avril 2004, le projet a été incorporé aux activités régulières et ne constitue plus une initiative d'amélioration des services.

- ***La Ligne sans frais d'information générale de Santé Canada pour la région du Pacifique.***

À l'automne 2004, la ligne sans frais est devenue une nouvelle initiative d'amélioration des services.

En février 2005, le premier sondage sur la satisfaction des clients a permis d'enregistrer un niveau de référence de la satisfaction globale de 4,58 sur 5.

Tableau financier 17 : Initiatives horizontales

Santé Canada est responsable des initiatives horizontales visées par le présent rapport ou il y a participé.

Un gabarit relatif aux initiatives horizontales doit être rempli pour toutes les grandes initiatives horizontales dont Santé Canada est responsable et qui répondent au moins à l'une des exigences suivantes :

- ont reçu des fonds fédéraux de plus de 100 millions de dollars pour toute l'initiative; ou
- sont importantes pour l'atteinte des priorités du gouvernement;
- ont un profil public élevé.

Des renseignements plus complets sur chacune des initiatives dont Santé Canada est responsable sont disponibles dans la Base de données sur les résultats des initiatives horizontales du Secrétariat du Conseil du Trésor (http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_f.asp).

INITIATIVES DONT SANTÉ CANADA EST RESPONSABLE		
Initiative	**Partenaires**	**Description**
Rechercher la confiance du public dans la réglementation des pesticides et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires	Agriculture et Agroalimentaire Canada; Pêches et Océans; Environnement Canada; Ressources naturelles Canada; Agence canadienne d'inspection des aliments	Cette initiative permettra de renforcer la confiance du public et des intervenants envers le système de réglementation des pesticides; de protéger la santé et l'environnement; et d'augmenter la compétitivité des secteurs agroalimentaire et forestier.
Stratégie canadienne antidrogue (SCA) renouvelée	Solliciteur général; Gendarmerie royale du Canada; Services correctionnels; Affaires étrangères; Justice	Renouveler la SCA afin de réduire la consommation et l'abus des substances, particulièrement chez les populations vulnérables comme les jeunes. La Stratégie comprend la création de deux nouvelles catégories de contributions de Santé Canada : le Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue pour les projets communautaires ciblant surtout les segments vulnérables de la population comme les femmes, les Autochtones et les jeunes; et une Contribution à l'appui du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Tableau financier 17 : Initiatives horizontales (suite)

Initiative	Partenaires	Description
Développement de la petite enfance (DPE) autochtone et des Premières nations	Développement social; Affaires indiennes et du Nord Canada	Renforcer les programmes qui appuient le DPE, tout en accordant une importance particulière aux enfants des Premières nations des réserves et réduire l'incidence du syndrome et des effets de l'alcoolisme fœtal dans les communautés des Premières nations. Améliorer les programmes fédéraux existants de DPE; renforcer les capacités et les réseaux; élaborer une stratégie sur la recherche et les connaissances; améliorer l'intégration, la coordination, la responsabilisation et l'établissement de rapports au sein des programmes fédéraux de DPE.
Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT)	Solliciteur général; Gendarmerie royale du Canada; Justice; Agence du revenu du Canada	La SFLT vise à réduire de façon significative l'incidence des maladies et de la mortalité attribuables au tabagisme. La SFLT mise sur les quatre volets qui se renforcent mutuellement : la protection, la prévention, le renforcement et la réduction des méfaits.
Programme de contribution pour l'information sur la santé	Statistique Canada	Appuyer l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (l'unique bénéficiaire du Programme) dans le cadre de son mandat établi en 1992 par la Conférence des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé.
Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT)	Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés; Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé; Institut canadien d'information sur la santé	Aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé en s'assurant que les médicaments pour usage humain et autres produits thérapeutiques sont sûrs, de qualité supérieure, efficaces sur le plan thérapeutique, utilisés de la façon prescrite, facilement accessibles et abordables.

Tableau financier 17 : Initiatives horizontales (suite)

Initiative	Partenaires	Description
Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé	Gouvernements provinciaux et territoriaux	Créer un plan d'action qui permettra d'assurer que les Canadiens et les Canadiennes ont accès au moment opportun à des soins de santé de qualité en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Les programmes de l'initiative comprennent l'établissement du Conseil sur la santé du Canada et de l'Institut de la sécurité du patient; l'élaboration d'une stratégie pour l'évaluation de la technologie de la santé et l'amélioration de la planification et de la coordination des ressources humaines en santé.
INITIATIVE HORIZONTALES CLÉS DONT SANTÉ CANADA EST UN PARTENAIRE		
Initiative	**Partenaires**	**Description**
Investissement du Budget de 2003 pour l'exécution de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (LCPE)*	Environnement (responsable)	Améliorer la capacité d'Environnement Canada et de Santé Canada de respecter les obligations législatives établies en vertu de la *LCPE*.
Cadre de gestion horizontal pour le changement	Environnement (responsable); sept autres ministères participent	Le cadre permettra de mesurer et d'évaluer à quel point les progrès technologiques ont fait une différence en ce qui concerne les émissions; l'investissement fédéral a eu un effet de levier auprès des intervenants des secteurs public et privé, les coavantages liés à un investissement dans la lutte contre les changements climatiques sont compris et réalisés, et le Canada s'emploie à étoffer la base de connaissances requises en vue de négociations futures sur les changements climatiques.
Sites contaminés fédéraux	Environnement (responsable); 10 autres ministères participent	Financement prévu pour un certain nombre de projets pour lesquels un financement a été demandé en vertu du Plan d'action accéléré des sites contaminés fédéraux.
Mise en œuvre du Système de gestion de l'eau des Premières nations	Affaires indiennes et du Nord Canada (responsable)	Améliorer la qualité de l'eau et le traitement des eaux usées dans les réserves.

Tableau financier 18 : Politiques sur les voyages

Comparaison avec les Autorisations spéciales de voyager du SCT
Santé Canada respecte les Autorisations spéciales de voyager du SCT.
Comparaison avec la Directive sur les voyages, les taux et les indemnités du SCT
Santé Canada respecte la Directive sur les voyages, les taux et les indemnités du SCT.

Section IV

Autres sujets d'intérêt

Faire progresser la science

Afin de respecter son mandat, celui « d'aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé et leur sécurité », notre ministère doit avoir accès à des conseils scientifiques et technologiques de la plus haute qualité. Nous devons prévoir une capacité interne adaptable pour effectuer des travaux scientifiques indépendants et pour faciliter et interpréter les travaux scientifiques réalisés par nos partenaires. Ainsi, nous serons en mesure d'élaborer des politiques dans les secteurs technologiques nouveaux, de réglementer des produits de plus en plus perfectionnés et d'offrir les services, l'information et la gestion des questions essentiels à la santé des Canadiens.

Afin de renforcer la qualité de la science et des conseils scientifiques, notre ministère compte un expert scientifique en chef qui a établi les trois priorités suivantes pour le bureau en août 2004 : assurer l'utilisation efficace de la science dans l'élaboration des politiques, renforcer la capacité et la qualité de la science et accroître la sensibilisation à la science effectuée à Santé Canada et la compréhension de celle-ci.

Pour appuyer ces priorités, l'expert scientifique en chef a enregistré plusieurs réalisations notables au cours de 2004–2005, notamment :

- le renforcement des partenariats scientifiques et technologiques à l'intérieur et à l'extérieur du Ministère;
- l'introduction du Programme des scientifiques émérites afin de maximiser la mémoire scientifique institutionnelle et d'encadrer de nouveaux scientifiques;
- l'introduction de nouveaux mécanismes d'obtention de conseils scientifiques de l'extérieur;
- l'organisation fructueuse du Forum scientifique de Santé Canada.

L'expert scientifique en chef s'est engagé à travailler en partenariat afin de stimuler les progrès scientifiques qui améliorent la santé. Le lien forgé entre Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) constitue le plus important de ces partenariats. L'expert scientifique en chef favorise et facilite ce partenariat en faisant fonction de catalyseur d'initiatives de recherche concertées dans les secteurs d'importance stratégique. Par exemple, Santé Canada a fait fonction de partenaire scientifique et financier actif dans des projets visant à réduire les inégalités sur le plan de la santé chez les Canadiens. En outre, le Bureau de l'expert scientifique en chef a coparrainé le Forum sur la politique visant la réduction des disparités en matière de santé, lequel a réuni des chercheurs et des représentants fédéraux et provinciaux.

Voici d'autres partenariats en cours : l'Initiative sur la salubrité de l'eau et des aliments avec les IRSC; le Consortium canadien de recherche sur le syndrome respiratoire aigu sévère avec l'Agence de santé publique du Canada et les IRSC; et un programme d'échange novateur avec le ministère des Affaires étrangères. Le Canada possède de

l'expertise spéciale en matière de coordination des efforts dans le secteur de la recherche en santé mondiale. Cette expertise est manifeste dans les activités de la nouvelle Initiative de recherche en santé mondiale, laquelle constitue un partenariat unique formé de quatre agences fédérales, à savoir Santé Canada, les IRSC, l'Agence canadienne de développement international et le Centre de recherches pour le développement international, lesquelles déploient leurs forces distinctes respectives pour accroître les contributions du Canada à la recherche en santé mondiale et à son application.

Le Programme des scientifiques émérites consiste à accueillir des scientifiques retraités de Santé Canada à titre bénévole afin de faire fonction de mentors et d'encadreurs auprès de jeunes scientifiques dans leurs domaines d'expertise. La nomination de notre premier scientifique émérite, le docteur Tony Meyers, a été annoncée en 2005.

Le Conseil consultatif des sciences (CCS) constitue une précieuse source de conseils spécialisés indépendants à l'intention du ministre de la Santé relativement aux activités scientifiques exécutées et utilisées par Santé Canada. Il se concentre sur l'orientation future des programmes scientifiques, les nouvelles sciences de la santé et tendances scientifiques, ainsi que les partenariats et les liens scientifiques. Le thème omniprésent dans les travaux du Conseil en 2004–2005 était la Gestion de la science pendant une période d'évolution, comme en témoignent les conseils offerts sur les questions de santé publique liées à la nouvelle Agence de santé publique du Canada. Le Conseil a également examiné les besoins et la capacité scientifiques ainsi que les stratégies de gestion des risques du Ministère, et la nécessité d'adopter un processus décisionnel ouvert et transparent.

Le Forum scientifique s'est transformé en vitrine nationale de la science novatrice de Santé Canada. Le Forum de 2004, intitulé « Défis actuels auxquels font face les Canadiens et les Canadiennes », a réuni des spécialistes du droit, de la santé environnementale, de la biotechnologie, de la pharmacologie et de la médecine. Les discussions étaient axées sur les solutions scientifiques à d'importantes questions de santé. La diversité des disciplines liées à la santé a assuré une vaste perspective, enrichissant ainsi le fondement des décisions reposant sur des données probantes et touchant la santé des Canadiens. Une équipe de scientifiques russes a participé au Forum de 2004, ajoutant ainsi une perspective internationale et ouvrant la porte au partage des résultats scientifiques et des pratiques exemplaires à l'échelle mondiale.

Amélioration des pratiques de gestion à Santé Canada

Outre les points abordés ailleurs dans le présent rapport, il y a trois points d'intérêts à signaler dans le cadre de l'amélioration des pratiques de gestion à Santé Canada.

Progrès accomplis relativement au Cadre de responsabilisation de gestion

S'inspirant des progrès réalisés dans la mise en œuvre de notre vision d'une organisation moderne, comme il est établi dans la Stratégie de gestion moderne élaborée dans le cadre de l'Initiative de la modernisation de la fonction de contrôleur, le Ministère a continué d'intégrer les principes de modernisation de la fonction de contrôleur dans les processus et systèmes de gestion, établissant ainsi le fondement d'une saine gestion.

Quand le Secrétariat du Conseil du Trésor a introduit le Cadre de responsabilisation de gestion (CRG) en 2003, notre ministère était prêt à l'adopter, car nous estimions qu'il s'agissait d'un outil d'intégration pour la gestion. Nous nous sommes d'abord concentrés sur le renforcement de la gérance et de la responsabilisation en tant que moyen de renforcer la capacité du Ministère de respecter ses priorités. Nous avons par la suite amélioré les systèmes, les processus et les pratiques de gestion et changé la façon de faire des gestionnaires et du personnel. Le défi de la dernière année était de soutenir des changements, de mesurer leur retentissement et de continuer d'adopter des pratiques de saine gestion.

Nous nous servons du CRG comme perspective nous permettant d'évaluer les pratiques de gestion et de cerner les secteurs devant faire l'objet d'améliorations supplémentaires. Les gestionnaires de tous les niveaux ont été exposés aux concepts et aux principes du CRG par le truchement de cours de gestion et de présentations. Au cours de 2004–2005, les directions générales et les régions de Santé Canada ont commencé à examiner leurs forces et leurs lacunes en utilisant le CRG, certaines d'entre elles alignant leurs activités de planification et de gestion respectives avec les dix composantes du CRG.

L'appui de la haute direction, particulièrement par le truchement du Sous-comité exécutif des opérations du Ministère (CEM-Ops), a constitué un élément essentiel pour assurer que l'amélioration de la gestion demeurait le point de mire. En surveillant et en approuvant un certain nombre de modifications importantes dans les pratiques et les systèmes de gestion au Ministère, le CEM-Ops joue un rôle important dans l'opérationnalisation du CRG.

À l'automne 2004, le CEM-Ops a adopté le CRG comme guide pour établir son propre programme d'activités à long terme. En décembre 2004, le CEM-Ops a également approuvé la création du Réseau sur le CRG afin de renforcer davantage la capacité du Ministère de répondre aux attentes du CRG. Le Réseau du CRG, composé de représentants de l'ensemble des directions générales, des régions et des secteurs fonctionnels clés, offre les particularités suivantes : une tribune d'échange d'information sur les pratiques de gestion dans l'ensemble du Ministère; une réponse rapide aux exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor en matière d'établissement de rapports liés au CRG; et une occasion de discuter des questions liées à l'opérationnalisation du CRG.

Gestion intégrée du risque

Le Ministère a réalisé des progrès soutenus relativement à la mise œuvre d'un Cadre de gestion intégrée du risque, lequel en est à sa deuxième année d'exploitation. Parmi les activités clés terminées à ce jour, il convient de mentionner l'inclusion de la perspective de gestion du risque dans l'Exercice d'établissement des priorités, l'inclusion des renseignements sur les risques ministériels dans le Rapport sur les plans et les priorités, l'établissement d'un Profil de risque ministériel et la réalisation de la première analyse du contexte interne du Ministère. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web de Santé Canada à http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/gir.htm

Santé en milieu de travail et modernisation des ressources humaines

Un certain nombre d'initiatives visant à améliorer les pratiques de gestion ont été entreprises en 2004–2005 à l'appui de la composante personnes du Cadre de responsabilisation de gestion (CRG) dans le cadre de l'Initiative sur la santé en milieu de travail et la modernisation des ressources humaines, comme il est mentionné dans la Section II du présent rapport. Un exemple d'une telle mesure est l'inclusion d'objectifs de gestion des ressources humaines pour tous les superviseurs et les gestionnaires du Ministère. Certaines autres stratégies visant à améliorer les pratiques de gestion ont également été mises en œuvre au cours de cette période, y compris l'inclusion du renforcement des capacités de gestion et des activités accrues de surveillance et d'établissement de rapports.

Améliorations financières

Au cours de la dernière année, Santé Canada a pris plusieurs mesures concrètes afin d'appuyer la composante gérance du CRG. Les représentants du Ministère ont déployé des efforts considérables afin de montrer que Santé Canada poursuit ses efforts visant à développer une culture où les gestionnaires se concentrent davantage sur la gestion financière.

Le Ministère a mis en œuvre plusieurs mesures visant à renforcer l'analyse et la gestion financières, notamment le renouvellement du processus du Rapport sur les écarts financiers, la mise en œuvre des Mesures du rendement sur le plan de la gestion financière pour les cadres supérieurs, l'intégration améliorée des activités des conseillers en ressources humaines et financières, l'exercice du Comité d'examen des dépenses, l'Architecture des activités de programmes et l'Analyse des examens horizontaux, un examen approfondi de la gestion financière et des exigences pour les utilisateurs ayant trait à la Stratégie d'accès aux produits pharmaceutiques, la création de la Division de la gestion financière et des services consultatifs, l'utilisation du modèle de la capacité de gestion financière du BVG comme vision pour la gestion financière à Santé Canada ainsi que l'adoption d'un nouvel Instrument de délégation du pouvoir de signer des documents financiers.

Une approche axée sur la santé pour le développement durable

La troisième Stratégie de développement durable 2004–2007 de Santé Canada présente les grandes lignes des engagements pris par le Ministère afin d'incorporer les principes et les pratiques de développement durable dans les activités quotidiennes au cours des trois prochaines années. Par le truchement de cette Stratégie, Santé Canada s'est engagé à fournir à ses employés de l'information et des outils pratiques qui les aideront à intervenir sur le plan du développement durable et, par conséquent, à intégrer le développement durable dans les processus de prise de décisions et de gestion du Ministère, et à réduire les conséquences des opérations matérielles et des activités du Ministère sur l'environnement et la santé.

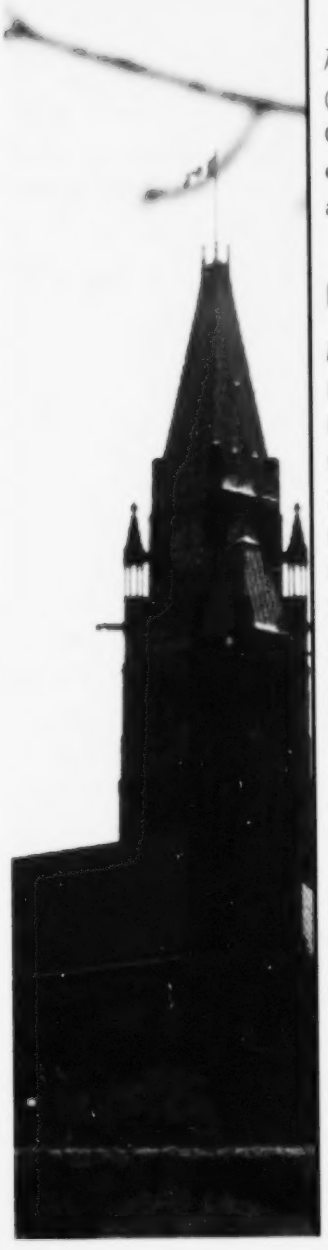
Les secteurs ci-dessous ont été retenus à des fins de suivi au cours de la période de trois ans visée par la Stratégie.

- Favoriser la création d'environnements sociaux et physiques sains.
- Intégrer le développement durable aux processus de décision et de gestion du Ministère.
- Réduire au minimum les effets sur l'environnement et la santé des opérations matérielles et des activités du Ministère.

Au sein de ces trois secteurs ou objectifs thématiques, les engagements organisationnels ont été catégorisés de façon plus poussée en utilisant des objectifs et des cibles et, en date du 31 mars 2005, des progrès considérables avaient été accomplis en ce qui concerne la réalisation des 20 engagements cibles. Des renseignements supplémentaires à ce sujet figurent dans le Tableau 14 du présent document. Pour prendre connaissance du rapport complet sur la troisième Stratégie de développement durable de Santé Canada, veuillez consulter le site du Bureau de développement durable à http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/sus-dur/index_f.html

Dans le cadre des efforts que nous déployons pour aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur état de santé, il importe de souligner que l'engagement de Santé Canada à l'égard du développement durable s'applique à l'ensemble des initiatives liées aux politiques et aux programmes bien au-delà de la période de trois ans de chacune des stratégies.

Santé des Premières nations — Suivi en réponse au rapport du Comité permanent des comptes publics de 2001



À la suite du Rapport du vérificateur général de 2000, le Comité des comptes publics (CCP) a formulé, en décembre 2001, des recommandations qui exigent que Santé Canada apporte des améliorations à ses activités de responsabilisation et de gestion, et qu'il produise des rapports à ce sujet. Le présent document présente certains progrès accomplis par le Ministère depuis la publication des rapports du CCP et du BVG.

Recommandations et mesures de suivi

Information communiquée au Parlement concernant l'avancement

La principale recommandation à ce sujet est la suivante : Santé Canada doit informer le Parlement des progrès réalisés concernant la mise en œuvre des recommandations formulées dans le chapitre 13 du Rapport de 1997 et dans le chapitre 15 du Rapport de 2000 du vérificateur général du Canada, ainsi que dans le cinquième rapport du Comité (36e législature, première session). L'information doit cibler en particulier les progrès réalisés concernant la mise en œuvre de chacune des recommandations. Elle doit être fournie chaque année dans les rapports sur le rendement de Santé Canada, à partir du rapport couvrant la période qui prend fin le 31 mars 2002.

Principales mesures prises

Afin de donner suite à cette recommandation ainsi qu'aux recommandations 5, 9, 11, 16, 19, 23 et 24, Santé Canada a établi un hyperlien vers le Rapport ministériel sur le rendement de 2002–2003, ce lien permettra d'accéder aux rapports jusqu'en 2005.

Responsabilisation en ce qui concerne les programmes de santé communautaire (PSC)

Principales mesures prises

Afin de rationaliser et de simplifier les exigences en matière de rapports relatives aux communautés des Premières nations et des Inuits, on a amorcé un examen de ces exigences en ce qui a trait aux ententes de financement. En collaboration avec les Premières nations, Santé Canada a lancé un processus visant à simplifier l'établissement de rapports tout en insistant sur les renseignements liés aux résultats. Santé Canada a terminé un processus en deux étapes afin de simplifier l'établissement de rapports.

et ce, de concert avec les Premières nations. La première étape a été terminée en décembre 2003 et a permis d'enregistrer une réduction globale des activités d'établissement de rapports de près de 20 %. L'étape II a été entreprise en avril 2004, et les calendriers de présentation de rapports ont été regroupés afin de simplifier davantage le processus et de prévenir le double emploi. Cette façon de procéder s'est traduite par une réduction supplémentaire des éléments de données. Les résultats ont été incorporés dans les calendriers de présentation de rapports pour les nouvelles ententes de 2005–2006. Des modèles et d'autres documents à l'appui seront préparés en 2005–2006.

Soutien du renforcement des capacités

Principales mesures prises

Le Ministère a créé des sites pilotes de démonstration des plans de santé qui amélioreront notre capacité de gérer les services et les programmes de santé, notre capacité de reconnaître les besoins et les ressources en matière de santé communautaire, la coordination de notre gestion, l'intégration des programmes et des services de santé, l'amélioration des processus de répartition des ressources humaines et financières, ainsi que l'amélioration de la production de rapports et de l'information concernant la gestion des programmes et des services. Sept projets de démonstration sont en voie de réalisation, ce qui constitue une étape vers l'augmentation de la capacité des communautés inuites et des Premières nations de satisfaire les besoins de leurs membres, d'accroître la responsabilisation et de réaliser l'intégration des services là où c'est possible.

Mesure du rendement, réalisation des résultats et gestion de l'information

Principales mesures prises

Santé Canada a travaillé de concert avec l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) pour la réalisation de l'Étude longitudinale régionale sur les Premières nations. L'enquête fournit de l'information sur la santé de la population des Premières nations des réserves. La collecte des données est terminée et plus de 80 % des 28 405 répondants ciblés ont participé. La publication officielle des constatations de l'Enquête est prévue pour l'automne 2005. Un examen indépendant est en cours afin d'évaluer l'Enquête, y compris toutes les phases du projet, notamment la consultation initiale, l'élaboration du questionnaire, l'échantillonnage, la collecte des données, l'analyse et la diffusion.

Afin d'appuyer un processus décisionnel fondé sur des données probantes, Santé Canada a mené à bien la première phase de l'Évaluation des soins à domicile et en milieu communautaire, l'Évaluation de la Politique sur le transfert des services de santé, l'Évaluation du programme Grandir ensemble et l'Évaluation de l'initiative Pour des collectivités en bonne santé, ainsi qu'un examen du Programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes.

Mesures de prévention et de contrôle du Programme des services de santé non assurés (SSNA)

Principales mesures prises

Santé Canada a amélioré la qualité de la gestion des services fournis aux Premières nations et aux Inuits. Nous avons continué d'analyser régulièrement le pouvoir des pharmaciens de déroger aux avertissements, d'effectuer des vérifications des fournisseurs et de produire des rapports trimestriels sur le nombre de demandes d'Examen de l'utilisation des médicaments (EUM) présentées, acceptées et rejetées. Santé Canada passe en revue les renseignements et demande à l'administrateur des demandes de communiquer avec les fournisseurs qui dérogent systématiquement aux demandes rejetées par le EUM.

Santé Canada a adopté une nouvelle approche en matière de consentement en février 2004, une approche qui limite l'application de l'exigence d'obtenir le consentement aux clients qui sont peut-être à risque ou qui présentent des demandes irrégulières. Dans certains cas, lorsque la sécurité du client ou l'utilisation inappropriée du système peut constituer une préoccupation, Santé Canada obtiendra le consentement explicite des clients avant de communiquer leurs renseignements personnels aux fournisseurs de soins de santé.

Le Ministère s'est engagé à mettre en œuvre des mesures qui auront une portée davantage positive sur notre gestion des programmes et des services destinés aux Premières nations et aux Inuits. Des renseignements plus détaillés sur les mesures de suivi figurent dans l'annexe B à l'addresse : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/index_f.html

Section V

Autre Information

Coordonnées des bureaux régionaux du Ministère

Région de l'Atlantique	Région de l'Ontario et du Nunavut
Centre Maritime, pièce 1918 1505, rue Barrington Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6 Téléphone : (902) 426-9564 Télécopieur : (902) 426-6659	25, avenue St. Clair Est, 4e étage Toronto (Ontario) M4T 1M2 Téléphone : (416) 954-3593 Télécopieur : (416) 954-3599
Région du Manitoba et de la Saskatchewan	**Région de la Colombie-Britannique et du Yukon**
391, avenue York, pièce 300 Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1 Téléphone : (204) 983-4764 Télécopieur : (204) 983-5325	757, rue West Hastings, pièce 235 Vancouver (Colombie-Britannique) V6C 1A1 Téléphone : (604) 666-2083 Télécopieur : (604) 666-2258
Région du Québec	**Région de la capitale nationale**
Complexe Guy-Favreau Tour Est, pièce 202 200, boul. René-Lévesque Ouest Montréal (Québec) H2Z 1X4 Téléphone : (514) 283-5186 Télécopieur : (514) 283-1364	Santé Canada 0900C2 — sous-sol Immeuble Brooke-Claxton Ottawa, Ontario K1A 0K9 Téléphone : (613) 957-2991 Télécopieur : (613) 941-5366
Région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest	**Pour commander des documents**
Place du Canada, pièce 730 9700, avenue Jasper Edmonton (Alberta) T5J 4C3 Téléphone : (780) 495-5172 Télécopieur : (780) 495-5551	Santé Canada 0900C2 — sous-sol Immeuble Brooke-Claxton Ottawa (Ontario) K1A 0K9 Téléphone : (613) 954-5995 Télécopieur : (613) 941-5366

Index

A

abus d'alcool et d'autres drogues/toxicomanie 7, 18, 20, 41, 43, 48, 52, 55, 57, 85, 86, 87, 97, 98, 99, 166, 181, 192

Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé 14, 26, 31, 113, 160, 162, 163, 178, 194

Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée 26, 37, 132

Agence de santé publique du Canada 3, 8, 11, 13, 14, 16, 26, 38, 40, 46, 54, 58, 72, 81, 101, 109, 110, 113, 116, 124, 126, 127, 130, 132, 134, 138, 160, 161, 188, 189, 190, 191, 198, 199

alcool/alcoolique 3, 7, 10, 20, 41, 46, 48, 52, 82, 84, 85, 86, 87, 96, 97, 98, 99, 149, 166, 168, 181, 192, 193

aliment(s) 6, 7, 12, 13, 16, 19, 35, 36, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 77, 78, 79, 83, 85, 89, 94, 95, 104, 106, 127, 131, 136, 137, 139, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 158, 182, 192, 198

Autochtones/Premières Nations et Inuits

- abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 52, 168
- abus de solvants chez les jeunes 52, 204
- Développement de la petite enfance (DPE) 18, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 193
- Pensionnats indiens Canada 54
- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones 46, 54, 170, 181
- Services de santé non assurés (SSNA) 12, 41, 43, 45, 52, 132, 169, 189, 191, 204
- troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale 46

B

biologique(s) 7, 34, 35, 39, 60, 61, 63, 65, 66, 80, 91, 93, 140

biotechnologie 20, 29, 34, 59, 64, 69, 77, 79, 82, 83, 87, 92, 127, 199

blessure(s) 3, 44, 45, 48, 85, 153, 154

C

Cardiologie 15

cellulaires 86, 88, 92

cellules, tissus et organes 35, 74, 76, 78

changement climatique 85, 88, 90

collectivités/régions éloignées/rurales/isolées 10, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 73, 86, 96, 99, 110, 113, 114, 115, 117, 118, 120, 123, 125, 128, 167, 170, 204
cosmétique(s) 3, 12, 20, 82, 83, 86, 87, 88, 92, 93, 153

D

dépendance (s) 21, 102, 107, 108
dispensateurs/fournisseurs de soins 4, 18, 46, 47, 48, 165, 179, 204
Dossier électronique de santé (DES) 111, 112, 178, 179

E

eau 12, 49, 77, 83, 85, 88, 89, 90, 94, 105, 127, 148, 150, 183, 194, 198
encéphalopathie spongiforme bovine 19, 70
enfant/enfance/enfants/jeunes 3, 12, 18, 19, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 54, 55, 57, 67, 70, 71, 74, 75, 84, 86, 88, 89, 93, 96, 97, 98, 99, 114, 123, 124, 126, 154, 161, 167, 168, 170, 192, 193, 199, 204
essais cliniques 61, 63, 65, 67
éthique 16, 17, 34, 37, 118, 120, 126, 185

F

femmes 12, 18, 28, 45, 46, 47, 53, 97, 99, 100, 156, 168, 192
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) 132, 160, 174, 175, 176, 177, 178

G

génétique 17, 27, 29, 34, 37, 60, 61, 63, 64, 65
gras trans 13, 35, 67

H

hôpital (hôpitaux) 30, 31, 51, 52, 74, 136, 170, 185

I

immunisation/vaccin(s) 12, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 58, 61, 71, 87
infirmières/soins infirmiers 2, 12, 43, 45, 47, 51, 120, 170, 174, 175, 176, 178
Inforoute Santé du Canada Inc. 111, 132, 135, 160, 178
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) 73, 132, 160, 165, 166, 173, 174, 193
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) 8, 69, 127, 174, 176, 198, 199

L

laboratoires 8, 14, 34, 49, 65, 88, 92, 97, 98, 178, 179, 185
Lois
Loi canadienne sur la protection de l'environnement 20, 76, 77, 85, 87, 91, 151, 194

Loi canadienne sur la santé 6, 7, 17, 27, 28, 33
Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe 37
Loi réglementant certaines drogues et autres substances 6, 84, 85, 156
Loi sur l'accès à l'information 144
Loi sur la gestion des finances publiques 139, 141, 143
Loi sur la modernisation de la fonction publique 121
Loi sur le ministère de la Santé 6
Loi sur le tabac 85, 96
Loi sur l'équité en matière d'emploi 180
Loi sur les aliments et drogues 6, 36, 75, 77, 85, 104, 151
Loi sur les brevets 151
Loi sur les dispositifs émettant des radiations 85
Loi sur les frais d'utilisation 79, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147
Loi sur les langues officielles 128
Loi sur les pêches 93
Loi sur les produits antiparasitaires 6, 13, 21, 102, 105, 107, 142, 156
Loi sur les produits dangereux 6, 85

M

marihuana/cannabis 86, 97, 98, 99, 155
Matériel/produits diagnostique(s)/imagerie 7
médecins 2, 50, 68, 76, 155, 162, 163, 167
Médicaments/produits pharmaceutiques 2, 3, 7, 8, 12, 13, 15, 19, 29, 31, 32, 35, 36, 41, 43, 45, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 80, 88, 98, 126, 135, 136, 139, 141, 144, 151, 152, 162, 166, 169, 178, 179, 180, 188, 189, 190, 191, 193, 201, 204
  inhibiteurs de la COX-2 3, 65, 71, 76
médicaments vétérinaires 58, 66, 70, 71, 72, 136, 141, 144, 152
milieu de travail/travailleurs/employés 3, 4, 7, 8, 16, 17, 20, 38, 46, 47, 52, 54, 55, 82, 83, 85, 87, 88, 89, 92, 94, 95, 105, 117, 118, 120, 121, 122, 128, 133, 135, 145, 146, 157, 165, 182, 185, 189, 190, 201, 202

N

nucléaire 39, 85, 88, 91, 93
nutrition(nel) 3, 13, 19, 46, 48, 58, 59, 60, 61, 65, 67, 68, 71, 72, 73, 79, 113, 121, 124, 168
  Programme canadien de nutrition prénatale 46, 168

P

pharmaciens/pharmacies, pharmacologie 68, 97, 127, 155, 180, 189, 190, 191, 199, 204
Plan décennal pour consolider les soins de santé 2, 11, 15, 17, 28, 33, 113
Portail canadien sur la santé (PCS) 114

produits antiparasitaires/pesticides/lutte antiparasitaire 3, 6, 7, 12, 13, 16, 21, 36, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 131, 136, 137, 142, 143, 145, 156, 157, 158, 184, 188, 191, 192
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) 108, 142, 143, 145, 188, 189, 190
produits de santé naturels 7, 12, 58, 60, 61, 66, 69, 184
protection des renseignements personnels 74, 112, 115

Q

qualité de l'air 3, 20, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 183
Indice national de la qualité de l'air 3, 20, 88

R

radiation 20, 82, 83, 85, 87, 92, 153
réactions/effets indésirables/nuisibles/néfastes/nocifs (du médicament) 13, 19, 36, 60, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 92, 105, 149, 152, 153, 157, 181, 183, 184
règlements 13, 17, 20, 21, 28, 33, 36, 38, 56, 59, 61, 66, 67, 68, 74, 77, 78, 82, 84, 86, 88, 92, 93, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 108, 111, 117, 125, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 184, 186
Règlement modifiant le Règlement sur les rapports relatifs au tabac 100
Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales 97, 99, 155
Règlement sur la déclaration des données concernant les ventes de produits antiparasitaires 157
Règlement sur la déclaration des effets indésirables des produits antiparasitaires 157
Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes 20, 86, 96, 100
Règlement sur les aliments et drogues 36, 67, 149, 150, 151, 152, 158
Règlement sur les bijoux d'enfants 88
Règlement sur les cosmétiques 93, 153
Règlement sur les dispositifs émettant des radiations 153
Règlement sur les données relatives à la sécurité des produits antiparasitaires 157
Règlement sur les instruments médicaux 151, 152
Règlement sur les médicaments brevetés 36
Règlement sur les précurseurs 97
Règlement sur les produits antiparasitaires 131, 158
Règlement sur les produits de santé naturels 66
Règlement sur les renseignements concernant les substances nouvelles 92
Règlement sur l'étiquetage nutritionnel 13, 67
Règlement sur l'évaluation environnementale 77
Réseau canadien de la santé 188, 189, 190, 191
responsable/chargé 6, 7, 12, 28, 32, 61, 62, 64, 67, 75, 79, 85, 90, 94, 105, 113, 118, 121, 122, 124, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 156, 162, 164, 165, 166, 170, 174, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 194

S

sang 61, 64, 71, 76, 78, 117, 135, 164
santé mentale 31, 43, 45, 54, 121, 169
sécurité des patients 17, 34, 163, 165, 178, 180
  Institut canadien sur la sécurité des patients 163
sites contaminés 90, 194
soins à domicile/communautaires 2, 12, 15, 17, 18, 20, 26, 29, 31, 43, 46, 47, 49, 50, 52, 54, 55, 86, 96, 98, 99, 113, 123, 128, 161, 168, 171, 172, 174, 192, 204
soins de la vue 7, 43, 45, 169
soins dentaires 7, 43, 45, 169
soins (de santé) primaires 2, 7, 14, 15, 18, 26, 29, 30, 43, 45, 53, 110, 112, 113, 159, 164, 172, 175, 177
  Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 14, 18, 26, 30, 53, 110, 164
soins palliatifs/soins de fin de vie 15, 32
Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT) 31, 59, 61, 63, 65, 79, 132, 193
substances toxiques/toxines 7, 85, 89, 91
syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) 3, 13, 14, 36, 38, 78, 94, 127, 132, 160, 198

T

tabac/tabagisme 3, 6, 7, 10, 12, 20, 29, 39, 48, 82, 84, 85, 86, 87, 96, 99, 100, 121, 154, 167, 181, 193
Télésanté 18, 53, 111, 112, 115, 178, 179
temps d'attente 2, 14, 15, 17, 29, 30, 113, 189, 190
Transfert canadien en matière de santé 7
transfusion(s) 78, 161, 164
transplantation 35, 78, 181
trouble(s)/maladie 2, 3, 7, 12, 13, 14, 16, 18, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 55, 61, 65, 67, 68, 71, 72, 79, 85, 90, 169, 178, 182, 184, 193
  cancer 15, 30, 89
  chronique 3, 13, 14, 43, 44, 61, 68
  diabètes 13, 18, 44, 45, 47, 48, 55, 56, 57, 61, 69, 132
  grippe 29, 39
  hépatite C 161
  malaria 36
  origine alimentaire 68, 69, 72, 184
  rhumatismale 65
  transmissible/infectieux 36, 38, 43, 45, 55
  tuberculose 36, 44, 49, 151
  VIH/sida 29, 36, 38, 49, 151, 161, 168, 181

U

urgence(s) 14, 30, 36, 43, 66, 83, 85, 87, 88, 89, 91, 93, 94, 122, 141, 146, 189

V

virus du Nil occidental 78, 101